Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

EINE UNTERSUCHUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH JUGENDLICHER

Empirische Erhebungen an jugendlichen Selbstmordgefährdeten unter besonderer Berücksichtigung der Probleme junger Türkinnen

Inaugural Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Eberhard Gild
aus Kassel
1980

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

EINE UNTERSUCHUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH JUGENDLICHER

Empirische Erhebungen an jugendlichen Selbstmordgefährdeten unter besonderer Berücksichtigung der Probleme junger Türkinnen

Inaugural Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Eberhard Gild
aus Kassel
1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan :	Professor Dr. H. Heimann
1. Berichterstatter :	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter :	Professor Dr. B. Pflug

Die Erhebung wurde gemeinsam geplant und durchgeführt. Bei der theoretischen Aufarbeitung wurde zum einen mehr Gewicht auf allgemeine Theorien und Konzepte zum Problem des Selbstmordes und Selbstmordversuchs gelegt (vgl. Arbeit von G. Fritz), zum anderen auf ausgewählte Probleme der Forschung zum Selbstmord und Selbstmordversuch und auf Überlegungen zu den spezifischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Arbeit von E. Gild). Bei der Aufarbeitung der erhaltenen Daten wurde eine gemeinsame Darstellung einiger von den Jugendlichen angegebenen Problembereiche vorgenommen, der Ablauf und die Bedeutung des Suizidgeschehens wurde von G. Fritz bearbeitet, während E. Gild ausgewählte Fälle darstellte.

Unser Dank gilt insbesondere den Mitarbeitern des Krankenhauses in Reutlingen, die uns die Durchführung der Gespräche mit den Jugendlichen ermöglichten.

Herrn Prof. Lempp danken wir für die freundliche Betreuung unserer Arbeit.

INHALTSÜBERSICHT

		Seite
1.	Vorbemerkung	1
1.1.	Problematik des "Forschungsgegenstandes"	2
1.2.	Bewertungen des Selbstmordes	3
1.3.	Ordnungskriterien für Literaturübersicht	7
2.	Klassifikation von Selbstmord und Selbstmordversuch	8
2.1.	Klassifikationsansatz von BECK et al.	12
2.2.	Einige Hinweise auf methodische Probleme	14
2.3.	Zusammenfassung	16
2.4.	Selbstmord als Krankheit oder Selbstmord als Symptom einer Krankheit	17
2.4.1.	Primordialsymptome sowie neurotische und psychosomatische Symptome im Rahmen suizidaler Handlungen	19
3.	Kommunikative Aspekte der Selbstmordhandlung	21
3.1.	Die kommunikative Intention der suizidalen Handlung	21
3.2.	Kommunikationsstile von Selbstmordversuchen	22
3.3.	Die Kommunikation der suizidalen Intention	23
3.4.	Effektivität und Funktionalität des kommunikativen Verhaltens von Selbstmordgefährdeten	24
4.	Besonderheiten der jugendlichen Situation und ihre Beziehung zur jugendlichen suizidalen Handlung	28
4.1.	Pubertät und Adoleszenz	28
4.2.	Charakteristika suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter	30
4.2.1.	Selbstmordhandlung im Rahmen der Pubertätskrise	31

		Seite
4.2.2.	Broken-home Faktoren	33
4.2.3.	Sexualproblematik und Selbstmordversuch bei Jugendlichen	36
5.	Zusammenfassung (Begründung des eigenen Vorgehens)	38
6.	Die Untersuchung	40
6.1.	Erhebungszeitraum	40
6.2.	Diagnosestellung des Selbstmordversuches	40
6.3.	Die Krankenhaussituation	41
6.4.	Das Gespräch	42
6.4.1.	Vorgehen des Gesprächs	43
6.4.1.1.	Kurze Erläuterung des Leitfadens	45
6.4.1.2.	Schwierigkeiten, Informationen über die Vorphase des Suizidversuchs zu erhalten	45
6.4.1.3.	Zeitpunkt des Gesprächs	46
7.	Tabellarische Darstellung der Daten	47
8.	Zur Situation junger Türkinnen	53
8.1.	Herkunft türkischer Gastarbeiter-Familien, historische, sozioökonomische und kulturelle Aspekte	54
8.2.	Zur Situation in der BRD	55
8.3.	Zur Situation türkischer Kinder und Jugendlicher, insbesondere der jungen Türkinnen	56
8.4.	Zusammenfassung	58
8.5.	Vier Fallgeschichten	60
9.	Konfliktfeldbeschreibungen	66
10.	Diskussion und Zusammenfassung	84
	Literaturverzeichnis	89
	Anhang	96

"Woran arbeiten Sie?" wurde Herr K. gefragt.
Herr K. antwortete: "Ich habe viel Mühe, ich bereite meinen nächsten Irrtum vor."

(Brecht)

Jede Arbeit - so auch die vorliegende - erhebt den Anspruch, relevante Erkenntnisse über das zu untersuchende Phänomen zu gewinnen.
Als möglicher Weg, diesem Anspruch gerecht zu werden, erschien es uns, einen Teilaspekt des Phänomens herauszugreifen, nach Studium der Literatur Hypothesen zu bilden und diese zu überprüfen. Diese Strategie wurde aus verschiedenen Gründen aufgegeben: das Literaturstudium lieferte wenig Kriterien, nach denen Präferenzen zu setzen wären.
So glauben wir, daß in vielen Fällen die Anhäufung einer Vielzahl untersuchter Variablen wenig zur Erfassung des Phänomens beiträgt.
Wieweit auf der anderen Seite die eigene Betroffenheit ein streng methodisches Vorgehen erschwert, muß offen bleiben.
Es erschien uns angemessen, den Selbstmordversuch Jugendlicher zu beschreiben, zu verstehen und einige uns suffizient erscheinende Erklärungsmodelle (mit den skizzierten Einschränkungen) anzuwenden.

1. Vorbemerkung

Durchsucht man wissenschaftliche Veröffentlichungen nach den Publikationen, die sich - mit sehr unterschiedlicher Zielsetzung - mit dem Phänomen des Selbstmordes und Selbstmordversuches beschäftigen, so erschwert die Fülle der Veröffentlichungen zunächst den Zugang zu dem Phänomen.
GIBBS (1968) führt - in Anlehnung an DAHLGREN - an, daß schon 1948 über 4000 Artikel und Bücher über den Selbstmord und Selbstmordversuch vorliegen. (Diese Zahl dürfte sich in den letzten 30 Jahren um ein Vielfaches erhöht haben.)
Folgt man GIBBS (1968), so hat kaum ein anderer Aspekt menschlichen Verhaltens so viel Aufmerksamkeit durch Forscher ganz verschiedener Disziplinen erfahren.
Zur Erklärung für diese überraschende Vielzahl von Veröffentlichungen werden sowohl pragmatische Überlegungen herangezogen (so weist die Statistik nach, daß für bestimmte Altersgruppen - Jugendliche und ältere Menschen - der Selbstmord eine häufige Todesursache darstellt; wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Phänomen könnte möglicherweise Maßnahmen zur Prävention nahelegen), als auch recht allgemeine, zum Teil auf der Verwunderung über die "Natur" des Menschen beruhende Überlegungen, die sich besonders verwirrend in solchen Grenzsituationen zeigt, wo ein Mensch bereit ist, sein Leben aufzugeben.
Einige Autoren (GIBBS, 1968; FARBER, 1968; SHNEIDMAN, FARBEROW, LITMAN, 1970) betonen, daß der Mensch das einzige Lebewesen sei, das sich selbst tötet.
Mit dieser kurzen Ausführung über die möglichen Gründe für das weitreichende Interesse am Phänomen des Selbstmordes sind Probleme angeschnitten worden, die vereinfachend als die besondere Problematik des "Forschungsgegenstandes" und als die Problematik der "Verwertung" von Erkenntnissen bezeichnet werden können.

1.1. Problematik des "Forschungsgegenstandes"

Ohne auch nur annähernd vollständig darüber referieren zu können, sollen kurz folgende Überlegungen dargestellt werden: Auf die Kontroverse, ob Wissenschaften, die sich mit dem Verhalten und Erleben eines Menschen beschäftigen, so wie es Psychologie und Soziologie, die Psychiatrie und Teilbereiche der Medizin für sich in Anspruch nehmen, eine ihrem Gegenstand angemessenere "geisteswissenschaftliche" Methode wählen sollen oder sich einer - durch den Fortschritt der Naturwissenschaften so positiv bewerteten - "naturwissenschaftlichen" Methode bedienen sollten, wird nicht eingegangen. Diese Kontroverse wird meist - zumindest auf einer allgemeinen Ebene - dahingehend gelöst, daß der Unterschied der Forschungsgegenstände "auf der Hand liegt": So mußte Galilei, "als er durch empirische Studien die Fallgesetze aufstellte, ... nicht befürchten, daß die Steine über sich und ihr Fallen nachdenken." (LAUCKEN, 1974, S. 232). Eine Wissenschaft, die mit dem Menschen konfrontiert ist, muß Erwartungen, Befürchtungen und Manipulationen des aus seiner Objektrolle heraustretenden Subjekts, sowie die auf seiten des Forschers ebenso ablaufenden Prozesse und die Interaktion zwischen diesen beiden Subjekten mit in Rechnung stellen. Diese Unmöglichkeit, Subjekt und Objekt zu trennen, erschwert eine "Objektivität" des Denkens (PIAGET, 1973). Damit ist wohl ein Teil dessen thematisiert, was eingangs als "Verwunderung" über die Natur des Menschen bezeichnet wurde. So bezeichnet SHAPIRO (1976) als entscheidende Frage der Selbstmordforschung: "Was bedeutet es, derjenige Seiende zu sein, zu dessen Bewußtheit des Seins auch die Bewußtheit der Möglichkeit des Nichtseins gehört?" (SHAPIRO, 1976, S. 60). Wie HOELLER (1973) ausführt, sollte sich gerade Forschung, die sich mit extremen Grenzbereichen beschäftigt, so wie z.B. die Selbstmordforschung, die Frage stellen, welches die ihrem "Gegenstand" angemessene Methode darstelle. HOELLER kritisiert

die bis jetzt vorliegenden Ansätze, da sie - seiner Meinung nach - durch die überwiegend verwendeten Methoden (Aufstellung von Hypothesen zur Erklärung des Phänomens, Überprüfung durch empirische Erhebung oder Experimente) - ihren "Gegenstand" in seiner Gesamtheit nicht erfassen könnten und schlägt als Alternative ein rein phänomenologisches Vorgehen vor. Diese Anregung soll an anderer Stelle noch einmal aufgegriffen werden.
Als pragmatische Rechtfertigung zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Selbstmord wurde die Möglichkeit angegeben, Maßnahmen zur Prävention zu ergreifen. Dabei stellt sich aber die Frage nach der Bewertung des Selbstmordes (denn - vereinfachend ausgedrückt - nur wenn ein Phänomen als "unerwünscht" gilt, ist es sinnvoll, das Auftreten dieses Phänomens zu verhindern).
Dieses Problem der Bewertung des Selbstmordes soll an dieser Stelle nur kurz - und ohne historische und kulturelle Veränderungen zu berücksichtigen - eingegangen werden. Es sei jedoch vorab diese Überlegung formuliert: Bewertung des Selbstmordes - z.B. als krank, abweichend oder als Ausdruck der letzten Freiheit des Menschen - fließt in die wissenschaftliche Beschäftigung mit ein, die dann zwar genau festgelegten "Spielregeln" gehorcht und somit scheinbar sich mehr oder weniger einer objektiven "Wahrheit" nähert. Damit wird angesprochen, was ALBERT (1968, S. 63) das Problem der Wertbasis genannt hat, d.h. "inwieweit sozialwissenschaftlicher Forschung und Aussagesystemen Wertungen zugrundeliegen".

1.2. Bewertungen des Selbstmordes

Der nicht aktuellste Anstoß, Bewertung des Selbstmordes zu überdenken, stammt im deutschsprachigen Raum von AMERY, der die Freiheit, die sich in der Selbstmordhandlung zeigt, als Antithese zur Krankheit, die sich im Selbstmord zeigen soll, aufstellt und daraus ein Verbot ableitet, den Mensch

an der Ausführung dieser Handlung zu hindern (AMERY, 1976; AMERY in POHLMEIER, 1978a).
PRETZEL (1968) stellt ebenfalls an den Anfang seiner Überlegungen zu den philosophischen und ethischen Implikationen der Selbstmordverhütung die Frage nach der Berechtigung, die Entscheidung eines Menschen, sein Leben zu vernichten, nicht anzuerkennen, indem man ihn daran hindert, dies zu tun.
Dabei schließt er aus dieser Frage all diese Fälle aus, wo der Betroffene vor seinem Selbstmordversuch selbst um Hilfe bittet, oder wo er offensichtlich geistig zu verwirrt ist ("mental disturbed"), solche Entscheidungen zu treffen. (PRETZEL gibt jedoch auch keine Kriterien dafür an, wann jemand so "verwirrt" ist, d.h. krank und im Rahmen dieser Krankheit "unzurechnungsfähig", daß Verhütung des Selbstmordes nicht nur im Sinne des betreffenden Individuums ist, sondern sogar eine Verpflichtung darstellt.)
Einer individuellen Freiheit zum Tode stellt PRETZEL den Anspruch der Gesellschaft an ihre Mitglieder entgegen. Dabei könne eine Gesellschaft nur einen gewissen Grad an Deviation einzelner Mitglieder oder Gruppen dulden.
Nach einer kurzen Ausführung verschiedener Bewertungen des Selbstmordes, die von der Verdammung des Selbstmordes als Sünde in der frühchristlichen Lehre bis zur "Verklärung" des Selbstmordes vor allem in fernöstlichen Kulturen reicht, läßt auch PRETZEL die Frage nach einer verbindlichen Bewertung offen und stellt dieses Problem in die Verantwortlichkeit des einzelnen.
Weder die Annahme, Selbstmord sei Zeichen schwerer seelischer Erkrankung und die daraus abgeleitete Verpflichtung der Selbstmordverhütung, noch die Annahme, Selbstmord sei Zeichen höchster menschlicher Freiheit und das daraus abgeleitete Verbot einer Selbstmordverhütung, können uneingeschränkt aufrechterhalten werden. Die Schwierigkeit, exakte Kriterien dafür zu finden, wann ein Mensch nicht mehr aus freiem Willen heraus handelt, son-

dern durch bestimmte Krankheiten Einsichtsfähigkeit einbüßt, ist offensichtlich.
Dabei zeigt sich gerade bei Selbstmorden und Selbstmordversuchen Jugendlicher, wie schwer es fällt, diese Entscheidung als "frei" zu bezeichnen.
Die grundsätzliche Frage, wieweit ein Mensch überhaupt "Willensfreiheit" besitzt, soll jedoch hier offen bleiben.
Während jedoch der Selbstmord Erwachsener unter bestimmten Bedingungen akzeptiert wird - dies schlägt sich nicht zuletzt in der Annahme eines sogenannten Bilanzselbstmordes nieder, der die Vorstellung ausdrückt, Selbstmord stelle eine Abrechnung mit dem Leben dar (der Offizier, der sich nach verlorener Schlacht erschießt oder ähnlich romantisierende Beispiele, die oft den Beigeschmack des Heldentums haben) -, erscheint der Selbstmordversuch Jugendlicher als anderes Problem: Zur Betonung des Unterschiedes zwischen den Selbstmorden Jugendlicher und Erwachsener werden zum einen Klischees herangezogen, die "blühende" Jugend betreffend und die Verwunderung darüber, wie ein junger Mensch, dem "noch alles offensteht", sein Leben aufgeben kann, zum anderen werden jedoch ernsthafte Überlegungen darüber angestellt, ob nicht bei den in dieser Phase hoher psychischer, sozialer und biologischer Beanspruchungen auftretenden Krisen eine Verpflichtung zur Hilfeleistung besteht.
Ohne diese Diskussion zu Ende zu führen, soll noch kurz POHLMEIER (1978a) zitiert werden, der ein Recht auf Selbstmordverhütung annimmt, deren Voraussetzung Unaufdringlichkeit ist, d.h. "Freiheit und Würde des anderen respektieren und ihn seinen Tod sterben lassen zu können" (POHLMEIER, 1978, S. 48) ... "auf der anderen Seite steht die Fähigkeit, einen Hilferuf zu vernehmen und ihn nicht zu überhören". Dies soll auch als Kriterium für den Umgang mit selbstmordgefährdeten Jugendlichen gelten, wobei Respekt vor der Entscheidung des Jugendlichen und die Bereitschaft, die Ernsthaftigkeit seiner Gründe anzuer-

kennen, Grundlage aller Hilfe sein muß.
Faßt man dagegen den Selbstmord als Akt höchster menschlicher Freiheit auf, müßte sehr schnell die Frage kommen, welchen Sinn eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Selbstmord hätte; Prävention und Prophylaxe wären unwichtig und die psychologische oder soziologische "Sektion" des Selbstmörders stellten eine l'art pour l'art dar.
Auf rechtliche Probleme der Selbstmordverhütung weist u.a. ENGISCH hin; dabei thematisiert er anfangs, wieweit die Rechtssprechung überhaupt in der Lage ist, diese Bereiche menschlichen Handelns zu regeln, leitet aber eine Verpflichtung ab, Normen aufzustellen. Suizid und Suizidversuch sind in unserer Rechtssprechung straffrei, während jedoch Pflicht zur Hilfeleistung - auch gegen den Willen der betroffenen Person - bestehen kann. ENGISCH verweist auf die Fälle, wo der Suizidversuch Ausdruck schwerer seelischer Krankheit ist und den Fall, wo schon Bewußtlosigkeit eingetreten ist. Auch POHLMEIER (1978b) betont, Selbstmord als Ausdruck von Krankheit verpflichte zur Hilfeleistung.
Die Bewertung des Verhaltens anderer Menschen, vor allem eines Verhaltens oder einer Handlung, die sich meist dem eigenen Erfahrungshorizont entzieht, kann bis jetzt durch keine verbindlichen Richtlinien festgelegt werden. Die Diskussion der Menschenwürdigkeit oder -unwürdigkeit der Selbstmordverhütung kann nicht erschöpfend ausgetragen werden. Die Anregung von AMERY jedoch, wieweit "unser Instrumentarium der Wissenschaft" sinnvill ist, da die "logische Sprache dabei natürlich immer wieder an ihre Grenzen stößt, nämlich an die Grenzen der Absurdität des Lebens und des Todes überhaupt" (AMERY in POHLMEIER, 1978a, S. 14), sollte - ohne es näher zu explizieren - als wohl eher intuitiv zu nehmendes Kriterium für den Sinn wissenschaftlicher Beschäftigung mit diesem Problem miteingehen.

1.3. Ordnungskriterien für Literaturübersicht

Bevor einige Theorien und Konzepte zum Selbstmord und Selbstmordversuch kurz dargestellt werden, sollen die wichtigsten Ordnungskriterien, denen diese Darstellung weitestgehend gehorcht, thematisiert werden. (Dabei muß jedoch auf die Willkür der Auswahl der dargestellten Ansätze hingewiesen werden; bei dieser Fülle von Publikationen kann eine Bedingung wie die "Verfügbarkeit" der Literatur einen wichtigen Einfluß gewinnen.)
Die Vielschichtigkeit des Phänomens, das Fehlen einer oder mehrerer integrativer Theorien macht es unmöglich, jeden Aspekt, der als relevant für den Selbstmord angesehen wurde, aufzuführen. (PORTERFIELD in GIBBS (1968) führt eine Vielzahl von Variablen auf, die in Zusammenhang mit dem Selbstmord gebracht wurden, so z.B. Körpergröße, Augenfarbe, sozialer Status, klimatische Bedingungen und vieles mehr.) Eine Beschränkung in der vorliegenden Arbeit auf einige wenige Ansätze erscheint deshalb notwendig: vor allem sollen Ansätze und Theorien dargestellt werden, die am ehesten geeignet scheinen, Grundlagen für klinische Kriterien zu liefern. Hier waren es vor allem die Klassifikationsansätze wie auch die Kommunikationsansätze, die diese Forderungen erfüllen. Die Besonderheit der jugendlichen Situation, die hier spezifisch anzutreffenden Bedingungsgefüge sowie deren Beziehung zur jugendlichen suizidalen Handlung, werden in einem weiteren Kapitel abgehandelt.

2. Klassifikation von Selbstmord und Selbstmordversuch

Hinsichtlich der Diskussion allgemeiner Probleme der Selbstmordforschung wird auf die Arbeit von G. Fritz (1980) verwiesen.

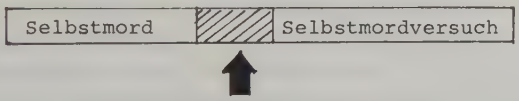
Erkenntnisse über Unterschiede zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch führten dazu, neue Begriffe für den Selbstmordversuch zu wählen. So führte KESSEL (1965) den eher beschreibenden Begriff "self-poisoning" ein. WEITMAN et al. (1969) prägten den Begriff "Parasuizid", um auf die Verwandtschaft, aber doch grundsätzliche Verschiedenheit zum vollendeten Suizid hinzuweisen. Eine Vielzahl weiterer Begriffe, wie "suizidale Geste", "abortiver Suizid", "simulierter Suizid" oder "subintentioned suicide", "Pseudosuizid" dienten entweder der Klassifikation suizidalen Verhaltens allgemein oder zur Bildung von Untergruppen innerhalb der Gruppe der Personen, die einen Selbstmordversuch unternehmen.

DURKHEIM sieht den Selbstmordversuch als eine suizidale Handlung, die "abbricht, ehe der Tod eintritt" (DURKHEIM, 1973, S. 27). Ebenso wie DURKHEIM, der somit den Selbstmordversuch als qualitativ gleiche Handlung wie den vollendeten Selbstmord ansieht, nehmen auch die meisten tiefenpsychologisch orientierten Autoren ein Kontinuum selbstzerstörerischer Handlungen an, an dessen Ende der vollendete Suizid steht.

Welche Ausprägung die selbstzerstörerische Handlung annimmt, hängt vom Ausprägungsgrad der (allen selbstzerstörerischen Handlungen gemeinsamen) vermuteten Störung ab. So postuliert MENNINGER bei anderen Erscheinungen, wie z.B. Impotenz und Frigidität eine dem Selbstmord ähnliche Dynamik. Die Trias selbstzerstörerischer Impulse wird von MENNINGER als spezifisch für die menschliche Triebstruktur angesehen.

HENSELER sieht Selbstmord und Selbstmordversuch als Ausdruck des Grades der narzißtisch gestörten Persönlichkeit. Dieses Modell wendet HENSELER ebenso auf andere Phänomene an, wie z.B. Sucht, die seiner Meinung nach Suizidäquiva-

lente darstellen sollen (HENSELER, 1975).
RINGEL betont ausdrücklich, daß zwischen Suizid und Suizidversuch nur ein quantitativer Unterschied besteht, der vom Grad der Selbstmordtendenz abhängig ist. Der Ausprägungsgrad der Störung - Charakterneurose - determiniert somit letztlich den Ausprägungsgrad der suizidalen Handlung bis hin zum vollendeten Suizid (RINGEL, 1961).
Einige Autoren (STENGEL, 1958, 1969; GIBBS, 1969; GREAVES, 1972) fassen den Selbstmordversuch als eine nicht mit dem vollendeten Suizid vergleichbare Handlung auf. Nach STENGEL soll es sich bei Selbstmord und Selbstmordversuch um zwei verschiedene Populationen handeln, die sich in einigen Punkten überschneiden können.



Gruppe derjenigen, die von einer Art Gottesurteil den Ausgang abhängig macht

Zwischen diesen beiden Populationen soll nach STENGEL eine Gruppe bestehen, die in einer Art Gottesurteil dem Zufall die Entscheidung über Leben oder Tod überläßt.
Bei einem Großteil der Selbstmordversuche - so STENGEL - ist das Eingreifen anderer sicher oder wahrscheinlich. Somit stelle der Selbstmordversuch eine eigenständige soziale Verhaltensweise dar, die primär als Appell an das soziale Umfeld zu verstehen sein. Auf diesen Appellcharakter weisen auch FARBEROW et al. (1955) hin, sie bezeichnen den Selbstmordversuch als Schrei nach Hilfe.
Diese Ansicht wird von den Autoren noch dadurch gestützt, daß die Population der "vollendeten" Selbstmörder und der Selbstmordversuche unterschiedliche - meist demographische - Charakteristika aufweisen.

FEUERLEIN unterscheidet drei Arten von Selbstmordhandlungen, den mißglückten Suizid, bei dem die Autoaggression überwiegen soll, die parasuizidale Geste, hier soll der Appellcharakter überwiegen und die parasuizidale Pause, die ein Abschalten, ein "aus dem Felde gehen" bedeuten soll.
Eine Trennung in 3 Hauptgruppen unternahm das Commitee of Classification and Nomenclatur, Center of Studies of Suicide Prevention, in vollendete Selbstmorde, Suizidversuche und Suizidvorstellungen.
Die Art und Ausprägung der Absicht zu sterben, wurde von SHNEIDMAN zur Klassifikation herangezogen (vgl. 2.2.), der annahm, nicht jeder Selbstmord sei vom Individuum voll beabsichtigt, noch wäre jeder Selbstmordversuch Ausdruck geringer Tötungsabsicht. So sinnvoll und einleuchtend der Versuch erscheint, die Tötungsabsicht eines Individuums als Kriterium für die Einteilung in Gruppen zu wählen, da gerade bei sehr "ernsthaften" Suizidversuchen Maßnahmen zur Weiterbetreuung veranlaßt werden müßten, so schwierig erscheint jedoch die adäquate Erfassung der "Tötungsabsicht".
Diese Schwierigkeit, Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung zu erfassen, wurde in einer Untersuchung von ARBEIT und BLATT (1973) nachgewiesen. Versuchspersonen, die verschiedene Grade klinischer Ausbildung erreicht hatten, wurden aufgefordert, echte von gefälschten Abschiedsbriefen zu unterscheiden. Dabei konnten nur ein Fünftel der Versuchspersonen die "Echtheit" exakt bestimmen, diese Versuchspersonen unterschieden sich von den anderen nicht durch den Grad ihrer Ausbildung, sondern dadurch, daß sie andere Kriterien zur Urteilsbildung heranzogen.
ARBEIT und BLATT gelangten zu dem Schluß, richtige Einschätzung der Ernsthaftigkeit eines Suizids stelle eher die Funktion der Sensibilität des Beurteilers dar. Objektive Kriterien (z.B. Länge der Briefe etc.) konnten nicht als hinreichend genau bezeichnet werden.

Andere Autoren betonen den instrumentellen Charakter des Selbstmordversuches, wobei eine Klassifikation nach der vermuteten Zielsetzung des Individuums vorgenommen wird - Selbstmordversuch als Rache, als Schrei nach Hilfe, als Appell an die anderen. Dabei geht folgende Überlegung mit ein: Motive oder Zielsetzungen des Suizidversuches zu erfassen, würde die Möglichkeit liefern, auch die Ernsthaftigkeit des Suizids einzuschätzen.
Jedoch liegt die Gefahr darin, daß dem Handelnden (also demjenigen der einen Selbstmordversuch unternimmt) das Vorliegen eines bestimmten Handlungsentwurfes unterstellt wird (die Ähnlichkeit mit bestimmten Alltagsweisheiten liegt auf der Hand und birgt die Gefahr, eher eigene mögliche Handlungsentwürfe als Erklärung heranzuziehen).
Wieweit bestimmte Zielsetzung, selbst wenn sie adäquat erfaßt wurde, Aufschluß über die Ernsthaftigkeit des Selbstmordversuches zuläßt, ist ungeklärt.
Eine Einteilung nach vermuteter Zielsetzung und dem Ausgang nahm FARBER (1968) vor.

		Outcome	
		Death	Survival
Intention	To die	A	B
	Not to die	C	D

Die "wahren" Suizide befinden sich demnach in Kategorie A. In Kategorie B fallen die Patienten, die eigentlich sterben wollten, aber entweder aus einer Fehleinschätzung der gewählten Methode oder durch Zufall daran gehindert wurden. In Kategorie C gehören Unglücksfälle, d.h. wo durch Unterschätzung der gewählten Methode oder unglückliche Zufälle ein Todesfall resultierte. Kategorie D stellt die Gruppe der Personen dar, die tatsächlich einen Selbstmordversuch unternehmen wollten.
Dieses Modell zeigt, daß eine Kategorisierung nur vom Aus-

gang des Suizidversuchs her unzureichend ist.
Eine andere Möglichkeit der Klassfikation wählte KIEV (1976). Durch Clusteranalyse der Ergebnisse eines Fragebogens (Life-Crisis-Intervention) erhielt KIEV 7 Typen des Selbstmordgefährdeten, die sich gemäß ihrer Ausprägung an Depression, Angst, Schwierigkeiten mit anderen, Schweregrad der Verletzung usw. unterschieden. Für jeden Typ versuchte KIEV eine Aussage über die Suizidalität zu machen und Prognosen zu erstellen.
KIEV verweist nachdrücklich darauf, daß ein Selbstmordversuch oder eine Selbstmorddrohung nicht einfach als "Suche nach Aufmerksamkeit" abgetan werden kann, da einige Personen Selbstmordversuche wiederholen, die dann oft tödlichen Ausgang haben.

2.1. Klassifikationsansatz von BECK et al.

Frühere Untersuchungen hatten einen geringen Zusammenhang zwischen suizidaler Absicht einerseits und medizinischer Letalität andererseits festgestellt. Die vorliegende Arbeit von BECK et al. (1975) sollte zur Aufklärung der Faktoren dienen, die zur Diskrepanz zwischen den o.a. Variablen beitragen. Die Autoren konnten zeigen, daß bei Einbeziehung einer Moderatorvariablen,nämlich der Konzeption des Patienten von der Letalität seiner Handlung, suizidale Absicht hoch mit der medizinischen Letalität korreliert. Für die Klassifikation suizidalen Verhaltens ergaben sich hieraus eine high-risk-group, Patienten mit stark suizidaler Absicht und einer genauen Konzeption, eine intermediate-risk-group, Patienten mit stark suizidaler Absicht aber unangemessener Konzeption, und eine low-risk-group, Patienten mit geringer suizidaler Absicht und angemessener Konzeption. Die hier angedeutete Entwicklung, suizidale Absicht nicht als eindimensionale Variable zu betrachten, wurde in einer weiteren Untersuchung von BECK et al. (1976) fortgesetzt.
In dieser Studie führten sie eine Faktorenanalyse einer

Skala zur Messung der suizidalen Absicht durch und konnten 4 Hauptdimensionen extrahieren: (1) Erwartungen und Einstellungen, (2) Phantasien und Vorstellungen, (3) Vorkehrungen gegen ein Eingreifen und (4) Kommunikationsverhalten. Diese Faktoren werden als Subgruppen des allgemeinen Konzepts der Intention verstanden, die als je eigenständige Verhaltensweisen im Rahmen einer suizidalen Handlung auftreten können und für bestimmte Gruppen spezifisch sind. Die verwandte Skala, die SIS (Suicidal Intent Scale) besteht aus zwei Teilen: Teil 1 erfaßt die objektiven Umstände des Suizidversuchs und enthält Items über die Vorbereitung und Ausführung des Versuches, Teil 2 erhebt die Selbsteinschätzung des Suizidanten zu seinem Selbstmordversuch, seine Vorstellung von der medizinischen Letalität, Ausmaß seiner Phantasievorstellungen, die angebliche Absicht sowie seine Erwartungen über die Möglichkeiten einer Rettung, sowie weitere. Einige der interessanten Ergebnisse waren, daß Vorsorge gegen ein Eingreifen von außen eine eigenständige Dimension ist, d.h. ein Patient mit akkurater Planung seines Selbstmordversuches berücksichtigt nicht unbedingt die Wahrscheinlichkeit einer Intervention. Generell besteht eine Unabhängigkeit zwischen "offenem Verhalten", d.h. die aktiven Vorbereitungen für einen Suizidversuch, die Vorsorge gegen ein Eingreifen von außen, sowie Kommunikation vor oder während des Suizidversuches sind unabhängig von den "psychologischen Variablen" wie subjektiver Ernsthaftigkeit des Versuchs, Einstellung zum Tod oder der Annahme über die medizinischen Effekte der suizidalen Handlung. Der Zusammenhang zwischen der Ernsthaftigkeit des Versuches und der Vorsorge gegen ein Eingreifen von außen liefert nach Ansicht der Autoren möglicherweise ein Trennungskriterium zwischen der Gruppe mit dem ernsthaften Wunsch zu sterben (trifft Vorsorge gegen ein Eingreifen von außen) und der Gruppe mit der ursprünglichen Absicht, etwas im sozialen Umfeld zu verändern, andere zu manipulieren (bezieht das Umfeld gerade in die Planung ein). Ein weiteres Ergebnis ist die Eigenständigkeit kommunikativen Verhaltens von den anderen Va-

riablen. Ob ein Patient vor, während oder nach dem Selbstmordversuch verbal kommuniziert oder nicht, trennt nicht nach Ernsthaftigkeit seiner individuellen psychologischen Absicht oder ist nicht mit einer "insuffizienten" Planung seines Selbstmordversuchs verbunden. Kommunikatives Verhalten im Rahmen einer suizidalen Handlung ist somit als eigenständige Verhaltensweise aufzufassen, nicht als eine generelle Dimension der suizidalen Absicht - der "cry for help" ist demnach keine generelle Motivation der suizidalen Handlung, sondern abhängig vom individuellen Kommunikationsstil - "some suicidal individuals are 'communicators' and other not". Ebenfalls zu unterschiedlichen Gruppen kamen BANCROFT et al. (1976) in einer empirischen Arbeit über die Gründe suizidaler Handlungen. Sie stellten fest, daß 44% ihrer repräsentativen Stichprobe den Wunsch hatten, zu sterben. Bei der Auswahl möglicher weiterer Gründe für ihre suizidale Handlung gaben 33% an, nach Hilfe zu suchen, 42% wollten der Situation entfliehen, 52% suchten einen Ausweg aus einem sehr belastenden Gefühlszustand und 19% wollten damit irgendjemanden beeinflussen. Weitere Ergebnisse waren, daß es keinen Zusammenhang zwischen dem "Wunsch, zu sterben" und der "Flucht aus einer unmöglichen Situation" gab. Ebenso schienen eine Reihe von Patienten den "Wunsch, zu sterben" anzugeben, um im Nachhinein ein allgemein sozial akzeptiertes Motiv für ihre suizidale Handlung vorweisen zu können. Wie auch schon von anderen Autoren angegeben, wird das Motiv "sterben zu wollen" gerade von Ärzten und Krankenschwestern weit mehr akzeptiert als andere Motive, die kollektiv als Manipulationsversuche mit einer negativen Bewertung versehen werden.

2.2. Einige Hinweise auf methodische Probleme

Einige der Hauptprobleme liegen in der Validität der Aussagen der Probanden über ihren Selbstmordversuch. Hier lassen sich verschiedene Fehlerquellen aufdecken, die nicht zuletzt in der neugeschaffenen Situation nach dem

Selbstmordversuch liegen. Die Aussagen bei einer, wie oben vorgenommenen, post-facto-exploration können danach aufgeschlüsselt werden, welcher Anteil der "wahren Motivation" zukommt, welchen Anteil der Faktor hat, vom sozialen Bezugsfeld Zuwendung und Anerkennung zu erhalten und inwieweit Aussagen dadurch moderiert werden, vom Interviewer sozial akzeptiert zu werden, auch im Sinne von klassischen Interviewfehlern wie der Tendenz, (angenommenen) Erwartungen zu entsprechen. So schreibt BERTRAM (1976): "In unserer Kultur ist die Einstellung gegenüber dem Suizid als ... zumindest unvernünftige Handlung tief verwurzelt. Entschuldbar wird sie nur im Zustand starker Erregung oder psychischer Verwirrung. ... Damit liegt nahe, daß die vermutete Erwartung an den Interviewer ... (der ja als Agent der für Unvernunft zuständigen Institution Psychiatrie dem Suizidpatienten gegenübertritt) ... nur Determinante einer Antworttendenz wird, die den präsuizidalen Zeitraum als ausreichend unvernünftig und damit eine Suizidhandlung rechtfertigend darstellt. ... es findet eine retrograde Anpassung an die vermutete Erwartung an den Rollenträger Suizidant statt." Ein weiteres Problem, auf das BERTRAM hinweist, ist die implizite Annahme der Merkmalskonstanz. Die bei der post-facto Methode verwandte Technik, Äußerungen des Probanden über den präsuizidalen Zustand seiner psychologischen Situation zu erfassen, geht davon aus, daß weitgehend exakt nachvollzogene Rückerinnerungen an die Situation vor dem Suizidversuch erhalten werden, bzw. daß eine Reihe von Faktoren der Suizidalität, die zum Suizidversuch geführt haben, in der Explorationssituation in einem ähnlichen Grad der Ausprägung noch vorhanden sind. Hier wird nicht oder zu wenig berücksichtigt, daß Äußerungen über den präsuizidalen Zeitraum nur in ihrem Bezug zur aktuell-psychischen Situation verstanden werden können und durch diese in nicht unbeträchtlichem Maße determiniert werden.

2.3. Zusammenfassung

Klassifikationskriterien zu finden kann als legitimes wissenschaftliches Interesse angesehen werden. Darüberhinaus ist jedoch immer die Frage nach der praktischen Relevanz, d.h. hier vor allem der Brauchbarkeit solcher Unterteilungen für Prävention und Prophylaxe zu stellen. Im vorliegenden Kapitel sollen Ansätze vorgestellt werden, die versuchen, diesen beiden Kriterien gerecht zu werden. Die Grundlage dieser Ansätze ist die Annahme und Überprüfung der Hypothese, daß unter der Kategorie der Suizidversuche sehr unterschiedliche Handlungen anzutreffen sind, denen im Rahmen ihres sozialen Umfelds unterschiedliche Bedeutungen zukommen. Kritisiert werden damit vor allem eine Reihe von Ansätzen, die von der Eindimensionalität der intentionalen Struktur einer suizidalen Handlung ausgehen. Ursprünglich wurde diese Herangehensweise von DOUGLAS (1967) gefordert, die Sinnstruktur der individuellen Suizidhandlungen aufzudecken, um zu Kategorien für die "Social Meanings of Suicide" zu kommen. Probleme dieser Herangehensweise ergeben sich vor allem aus der Motivationsanalyse der individuellen suzidalen Handlung - hier besteht die Gefahr, zu unkritisch angegebene Äußerungen zu übernehmen und die von GAUPP (1905) getroffene Unterscheidung zwischen Ursache und Motiv einer Selbstmordhandlung zu vernachlässigen. Allerdings wird der Motivationsbegriff bei den o.a. Autoren weiter gefaßt als bei GAUPP, der unter ihm nur die unmittelbar vorausgehenden und auslösenden Faktoren subsumierte. Die Frage nach einer ursächlich zugrundeliegenden Störung, gerade im Sinne einer psychischen Erkrankung, wird bei den o.a. Autoren nicht behandelt. Sie wird für die Untergruppen, deren Intention mehr in Richtung einer sozialen Einflußnahme geht, eher als vielschichtige, weitgehend disfunktionale Verhaltensweise innerhalb des sozialen Umfelds gesehen. Gerade zu diesem Punkt liegen sehr unterschiedliche Auffassungen vor. Psychische Störungen (im Sinne von "mental disorders" nach der internatio-

nalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation) sollen nach verschiedenen Autoren bei 1/10 bis 1/3 der Bevölkerung repräsentiert sein. Der Prozentsatz von Selbstmordhandlungen, denen eine psychische Störung zugrundeliegt, wird unterschiedlich hoch angegeben. PÖLDINGER (1971) sieht jede Form einer suizidalen Handlung als Symptom einer zugrundeliegenden Störung oder seelischen Krankheit an. Auf den Zusammenhang zwischen psychischer Störung und suizidaler Handlung, gerade im Kindes- und Jugendalter, wird weiter unten noch eingegangen. Die Klassifikation suizidalen Verhaltens wie oben gesagt wurde, nach Intention und Letalität, erleichtert die Bildung von Risikogruppen und erlaubt eine genauere Zuordnung zu diesen Gruppen. Darüberhinaus ermöglicht sie angemessene Strategien zur Prävention und zur Herabsetzung der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens eines Suizidversuches. Gerade der Ansatz, die Bedeutung des Suizidversuchs im sozialen Bezugsfeld zu analysieren, ermöglicht eine adäquatere Intervention, vor allem auch unter Einbeziehung der für den Suizidpatienten "significant others".

2.4. Selbstmord als Krankheit oder Selbstmord als Symptom einer Krankheit

Eine enge Verknüpfung psychischer Störungen mit suizidalen Handlungen ist vielfach beschrieben worden. STENGEL (1969) nimmt für jeden Dritten, der eine suizidale Handlung begeht, eine Neurose, Psychose, oder eine andere schwere Persönlichkeitsanomalie an.
BOCHNIK (1969) führt an, daß der Suizid im psychiatrischen Erfahrungsfeld 100 bis 400mal häufiger auftritt, als in der Durchschnittsbevölkerung.
Einigkeit herrscht darüber, daß der Selbstmord selbst keine nosologische Einheit darstellt (ZILBOORG, 1935; STONE, 1960; WERNER, 1974).
WERNER (1974, zit. nach SCHWAB, 1975) bezeichnet den Selbstmord als das unspezifische Symptom in der Psychia-

trie.
Die Frage, wieviele Selbstmorde als Symptom einer bestimmten psychischen Erkrankung angesehen werden können, wird mit stark differierenden Prozentzahlen angegeben. So führt GRUHLE (zit. nach SCHWAB, 1975) Schätzwerte von 3% bis 66% an. WELZ (1979) fand bei einer Stichprobe von 567 Patienten mit einem Selbstmordversuch einen Anteil von 7,9%, der an einer Psychose litt.
Allerdings treten die psychotischen Störungen gegenüber Konfliktreaktionen und neurotischen Störungen eher in den Hintergrund. Dies trifft vor allem auch auf Selbstmordhandlungen im Kindes- und Jugendalter zu, nach NISSEN (1974) handelt es sich zumeist um chronische neurotische Fehlentwicklungen. So fand LUNGERSHAUSEN (1966), daß bei 6% der von ihm untersuchten Schüler mit vollendetem Suizid eine Psychose zugrundelag, bei den Schülern mit Suizidversuch lag der Anteil bei 1%. SIEGEL und GRUND (1973) untersuchten 67 Krankengeschichten von Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und fanden bei 73% eine psychiatrische Diagnose. Davon entfielen auf depressive und neurotische Reaktionen etwa 30%. HARTMANN (1970) fand bei 23% der von ihm untersuchten minderjährigen Suizidanten eine Schizophrenie, allerdings war keiner der Jugendlichen unter 16 Jahren alt. Er schließt daraus, daß ab 15 Jahren der Anteil der Psychosen stark ansteigt, während er davor kaum eine Rolle spielt. STUTTE (1963) sieht es dagegen als unzweifelhaft an, daß sowohl endogene, als auch manisch-depressive und zirkuläre Psychosen im vorpubertären Alter auftreten, er fordert allerdings eine exakte differentielle Diagnosestellung gegenüber anderen psychopathologischen Phänomenen im Kindesalter. BRON (1976) diagnostizierte bei seinen 91 jugendlichen Patienten mit einem Selbstmordversuch 33% jugendliche Entwicklungskrisen, 31% abnorme jugendliche Persönlichkeiten, 24% neurotische Entwicklungen, 10% Psychosen und 1% Epilepsien.
Die starken Schwankungen der Prozentanteile von Psychosen als Ursache des Selbstmordes sind in erster Linie auf die unterschiedliche nosologische Zuordnung der Krankheiten

6.4.1.1. Kurze Erläuterung des Leitfadens

Der Leitfaden umfaßt Fragen nach den "harten" Daten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand (siehe 1.2.). Ein Teil dieser "harten" Daten wurde vom Krankenblatt entnommen. Die anderen Fragenkomplexe gehorchen der - teilweise willkürlichen - Einteilung des sozialen Umfeldes: Familie, Bezugsgruppe (Partnerschaft), Schule, Lehre, Beruf, Freizeit.
Dabei stand nicht so sehr das Interesse im Vordergrund, möglichst über jeden Bereich "Material" zu erhalten, sondern die Akzentuierung des einen oder anderen Bereichs den Jugendlichen zu überlassen.
Das Gespräch über das Suizidgeschehen wurde zunächst völlig frei gestaltet, um möglichst wenige Verzerrungen durch voreilige Fragen zu verursachen. (So löste - wie in einem Fall geschehen - sehr häufiges Fragen nach der Art und Menge der eingenommenen Tabletten in dem Befragten die Annahme aus, dies stelle für den Fragesteller einen derart zentralen Punkt dar, den man entweder eifrig zu beantworten sucht oder verschweigt, weil die Konsequenzen nicht ableitbar sind.)
Im Leitfaden wurden zum Suizidgeschehen folgende Fragenkomplexe grob strukturiert: der "zentrale Konflikt", der nach Ansicht der Jugendlichen den Suizidversuch auslöste, die Planungsphase des Suizids, Durchführung und Reaktion auf die "Rettung".

6.4.1.2. Schwierigkeiten, Informationen über die Vorphase des Suizidversuchs zu erhalten

Ein wichtiges Anliegen der Untersuchung war es, Informationen über die "Vorphase" des Suizidgeschehens zu erhalten. Dieses Anliegen ergab sich aus verschiedenen Überlegungen: zum einen aus der - hier nur global geäußerten - Ansicht, Selbstmordversuche stellten kein isoliertes Ereignis dar, (Dabei wird auf den Ansatz von MIKAWA verwiesen, weniger vielleicht für das Ereignis relevante Charakteri-

stika aufzusuchen, als vielmehr den Selbstmordversuch als Ergebnis eines langdauernden Prozesses aufzufassen.), zum anderen aus der anfangs explizierten Haltung, Prävention zu befürworten und Möglichkeiten dazu aufzuzeigen. Es stellt sich jedoch die Frage, wieweit Informationen, die eine Person über ihre Gefühle, Empfindungen und ihr Verhalten vor dem Suizidversuch gibt, im nachhinein noch als - für die Zeit davor - zutreffend betrachtet werden können: Eine mögliche "Umstrukturierung" könnte bei dem Befragten zu einer veränderten Darstellung und Bewertung seines Zustandes vor dem Suizidversuch führen.

6.4.1.3. Zeitpunkt des Gesprächs

Von einigen - vorwiegend tiefenpsychologisch orientierten - Autoren wird die Ansicht geäußert, Gespräche wären dann am intensivsten, wenn sie sehr kurz nach dem Suizidversuch, also sobald der Befragte wieder ansprechbar sei, durchgeführt werden, da dann möglicherweise einsetzende Verdrängungen und Rationalisierungen dieser Handlung noch nicht so stark zum Ausdruck kämen.
Die Annahme einer "Umstrukturierung" im Laufe der Zeit muß hypothetisch bleiben, sie läßt sich aber vereinfachend dahingehend konkretisieren, daß mit zunehmender Dauer der stationären Behandlung der Jugendliche allen möglichen Einflüssen ausgesetzt ist (die durch - meist besorgte - Besuche der Eltern und Freunde, Gespräche mit den Ärzten und dem Pflegepersonal repräsentiert sein können).
Wieweit diese "Einflüsse" eine Verschiebung der Problemakzentuierung bedingen, muß jedoch offen bleiben.
Mit den meisten Jugendlichen wurde von uns kurz nach der Einlieferung, sobald sie ansprechbar waren, geredet.

zurückzuführen (PÖLDINGER, HOLE, 1971).
Eine weitere Erklärung liegt möglicherweise in der Auswahl der zur Untersuchung gelangenden Population. (Die in einer psychiatrischen Klinik erfaßte Population weist wahrscheinlich andere Charakteristika auf als eine auslesefreie Population).
Außerdem ist noch zu beachten: Wenn nicht schon vor dem Selbstmord eine Diagnose über den Geisteszustand der betreffenden Person erstellt wurde (deren Validität dahingestellt sein soll), ist eine nachträgliche Diagnostik sehr schwierig. AKERS (1977) weist zwar darauf hin, daß die "common-sense" Vorstellung,Personen, die so etwas tun, müßten verrückt sein, kaum noch aufrechterhalten wird. Jedoch ist eine Verzerrung in der Beurteilung (selbst wenn genügend Material zur ausreichenden Diagnostik vorhanden wäre) durch die Kenntnis des "Resultates" zu erwarten. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß aufgrund des stark differierenden Zahlenmaterials und auch der unterschiedlichen nosologischen Zuordnung bislang keine exakten Angaben über die Häufigkeit von Psychosen als Ursache suizidaler Handlungen gemacht werden können. In der Tendenz läßt sich feststellen, daß sie, gerade bei Kindern und Jugendlichen, nur einen geringen Prozentsatz ausmachen.

2.4.1. Primordialsymptome sowie neurotische und psychosomatische Symptome im Rahmen suizidaler Handlungen

Primordialsymptome, wie Angstzustände, Einnässen, Asthma bronchiale u.a., gelten vor allem dann, wenn sie über die Pubertät hinaus nicht verarbeitet werden und persistieren, als wichtiges Symptom für eine neurotische Fehlentwicklung. Besonders bei Suizidversuchen lassen sie sich häufig in der Vorgeschichte nachweisen und müssen vor allem bei Vorliegen weiterer disponierender Faktoren als Hinweis auf eine präsuizidale Situation gewertet werden. Ebenso verhält es sich mit den neurotischen und psychosomatischen Symptomen, die häufig als Begleiterscheinungen suizidaler Hand-

lungen beobachtet wurden. Hier sind Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und weitere psychosomatische Beschwerden zu nennen, die vor allem dann, wenn sie von der Umwelt und nicht zuletzt vom behandelnden Arzt nicht ernst genug und als Hinweis einer präsuizidalen Situation gewertet werden, eine suizidale Handlung nach sich ziehen können.

3. Kommunikative Aspekte der Selbstmordhandlung

Die Entwicklung, Selbstmord und Selbstmordversuch nicht nur als individuelle Handlung, sondern gerade auch in ihrem sozialen Bedingungsgefüge und bezüglich ihres zwischenmenschlichen Gehalts zu sehen, hat zu einer differenzierten Betrachtungsweise geführt. Betrachtet man "... Leben als ein Kommunizieren mit anderen und Tod als ein Stadium der Verhältnislosigkeit, dann ist Suizidalität das Ergebnis eines prozeßhaft scheiternden Kommunizierens" (JÖRNS, 1979).
Gerade die Tatsache, daß ein großer Teil der vollendeten Selbstmorde in irgendeiner Form vorher angekündigt wurde, und viele suizidale Handlungen als Alarmsignal und Appell um Hilfe einzuordnen sind, zeigt die Wichtigkeit, diese Aspekte näher zu untersuchen. Ebenso wichtig, auf dem Hintergrund des immer noch weit verbreiteten Fehlurteils, daß die Ankündigung einer suizidalen Handlung eine solche ausschließt, daß "Hunde, die bellen, nicht beißen", scheint die Aufklärung des Ablaufs solcher Kommunikationsversuche. In Termini der Kommunikationswissenschaft ausgedrückt: welchen Inhalt und welche Struktur hat die Information, die gesendet wird, wie kommt sie an, d.h. wie frei oder wie rauschgestört ist der Kanal und inwieweit kann sie vom Empfänger decodiert werden. Nach FARBEROW und SHNEIDMAN (1961): "suicide is a communication of inter- and intrapersonel factors". Im folgenden sollen einige dieser Faktoren, sowie ein Ansatz zur systematischen Betrachtung suizidaler Kommunikationsabläufe vor allem im Hinblick auf das soziale Umfeld dargestellt werden.

3.1. Die kommunikative Intention der suizidalen Handlung

Eine Reihe von Autoren haben sich vor allem mit der Aussage bzw. Bedeutung eines Suizidversuchs beschäfigt. So sieht MARLOW (1959) den Suizid als eine Art geistiger Ab-

rechnung auf dem Hintergrund der unbewußten Idee, jemanden zu bestrafen, der enttäuscht hat. KARON (1964) nimmt für einige Formen des Suizids an, daß er einen Bestrafungsversuch darstellt unter der Vorstellung, daß sich selbst zu töten eine effektive aggressive Vergeltung ist. SIFNEOS (1966) hebt allgemeiner die Bedeutung eines Teils des Selbstmordversuchs als "soziale Waffe", als manipulative suicide hervor, die dazu dient, gestörte soziale Beziehungen wiederherzustellen.

3.2. Kommunikationsstile von Selbstmordversuchen

Hier lassen sich logische und semantische Eigenarten unterscheiden, die zumeist aus der Analyse von Abschiedsbriefen gewonnen wurden. SHNEIDMAN (1961) gründet seine Herangehensweise auf die SAPIR-WHORF-Hypothese, daß die Art, in der wir denken und wahrnehmen, von der Struktur unserer Sprache abhängig ist. Er unterscheidet von daher 3 Haupttypen suizidaler Logik: "Normal Logic", hier stimmen die logischen Deduktionen und es werden keine semantischen Irrtümer begangen. Hierunter fallen Suizidhandlungen, wo bewußt der Tod angestrebt wird, beispielsweise aus physischem Leiden. "Pathologic", von den Autoren auch als "psychotic" bezeichnet, hier werden Fehler bei der logischen Deduktion gemacht: "Death is suffering; I am suffering: therefore I must die." Meist geschehen die deduktiven Fehler auf der Grundlage eines psychotischen Geschehens, sie sind besonders häufig bei schizophrenen Krankheitsbildern. "Catalogic" wird noch weiter unterteilt in "Catalogical Semantic" und "Catalogical Sociologic". "Catalogical Semantic": die logische Deduktion ist stimmig, es werden aber semantische Irrtümer begangen. Das Beispiel von SHNEIDMAN und FARBEROW lautet: "If anybody kills himself then he will get attention. I will kill myself, therefore I will get attention." Der Fehler liegt darin, nicht zwischen zwei verschiedenen semantischen Bedeutungen des Begriffs "Ich" zu trennen, nämlich (1) dem Selbstbild des

Individuums und (2) dem vermuteten Fremdbild der anderen von ihm. "Catalogical Sociologic", auch "Cultural Suicide": der logische Fehler ist nicht deduktiv, sondern er ist im logischen Unterbau zu suchen. Die suizidale Handlung erfolgt hier aus kulturellen oder religiösen Überzeugungen, beispielsweise daß der Tod den Übergang zu einem neuen Leben darstellt.
Ein anderer Ansatz ist die Arbeit von OSGOOD (1959), der ebenfalls Abschiedsbriefe inhaltsanalytisch auswertete. Er ermittelte, daß Ausdrücke von Handlungen (Nomen und Verben) dominieren und nur wenige Ausdrücke die Differenzierungen beinhalten (Adjektive und Adverbien) vorhanden sind. Damit zeigt sich eine Häufung stereotyper Äußerungen, hinter denen nuancierte Erklärungen zurücktreten und die Gedankenführung im Sinne von Entweder-oder bzw. Alles- oder Nichts in rigider Form erfolgt. Nicht geklärt ist die Frage nach der Generalität solcher kognitiver Rigidität, d.h. kann man es als spezifisches Merkmal suizidaler Logik ansehen, oder eher als situationsspezifisches Muster?

3.3. Die Kommunikation der suizidalen Intention

Die Tatsache, daß die Ankündigung einer suizidalen Handlung immer als ernstzunehmende Drohung aufzufassen ist, wurde schon von FAIRBANK (1932) publiziert. Einen deutlichen Hinweis hierfür liefern auch die statistischen Angaben über die Häufigkeit von Ankündigungen einer suizidalen Handlung. So geben ROBINS et al. (1959) an, daß 2/3 der von ihnen untersuchten Selbstmörder vor ihrem Tod in irgendeiner Weise ihre Absicht ankündigten. Bei Selbstmordversuchen schwanken die Zahlenangaben zwischen 30% und 50% (DORPAT, 1963; MURPHY, 1968; RUDESTAM, 1971).
Die Art der Ankündigung variiert dabei beträchtlich zwischen der direkten Absicht, sich selbst zu töten, über allgemeinere Aussagen über den Tod bzw. den Wunsch zu sterben und eher dunklen Andeutungen über Dinge, die mit Sterben und Tod in Zusammenhang stehen. Formen eher in-

direkter Kommunikation über die suizidale Absicht werden von ROBINS et al. genannt als Aussagen wie "seine Angelegenheiten in Ordnung bringen" etc. Dabei erfolgt nach WIENDIECK (1972) die Mehrzahl der Suizidankündigungen gegenüber den Personen, die als Zielpersonen der späteren suizidalen Handlung angesehen werden können und sie werden auch häufig mehrfach ausgesprochen. Die hier aufgeworfenen Fragen betreffen zum einen das Individuum mit einer suizidalen Absicht, d.h. was bedeutet eine Suizidankündigung für seinen Wunsch zu sterben, in welchem Zusammenhang steht sie mit dem Appell um Hilfe, zum anderen aber auch die Wirkung im sozialen Feld, wann und wie reagieren Bezugspersonen auf eine solche Ankündigung.

3.4. Effektivität und Funktionalität des kommunikativen Verhaltens von Selbstmordgefährdeten

Wie in Kapitel 2.4. gezeigt wurde, deuten einige Untersuchungen darauf hin, daß die Kommunikation einer suizidalen Handlung nicht eine Dimension der suizidalen Absicht, sondern eher Reflektion des jeweiligen Kommunikationsstils ist. Eine ähnliche Ansicht vertreten auch KOVACS et al. (1976). Sie nehmen aufgrund ihrer Ergebnisse an, daß kommunikatives Verhalten nicht mit dem Wunsch zu sterben oder der Ernsthaftigkeit der suizidalen Absicht in Zusammenhang steht. Ebenso fanden sie keinen Hinweis dafür, daß es einen beabsichtigten Appell um Hilfe darstellt, sondern eher die neutrale Verbalisierung von Gedanken, mit denen man sich in starkem Maße beschäftigt. Die Ansicht, daß suizidale Handlungen spezifisch dadurch motiviert sind, Hilfe zu erlangen, scheint ihnen als fälschliche Gleichsetzung von Konsequenzen mit Motiven eben dieser Handlung. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses scheinen zwei Punkte wichtig: Zum einen kann nicht ausgeschlossen werden, daß Handlungskonsequenzen antizipierend in die Motivationsstruktur eingreifen, zum anderen scheint die Frage unbewußter Motivationen (oder subintentioned) zu wenig berücksichtigt.

Ein Modell, das gerade die antizipierten Handlungskonsequenzen in den Ablauf der suizidalen Handlung miteinbezieht, wurde von WIENDIECK (1972) vorgestellt. Er postuliert eine Zweidimensionalität der suizidalen Motivation in evasive und appellative Kräfte. Die appellative Motivkomponente wird umso stärker ausgeprägt sein, je wahrscheinlicher eine Lösung der suizidalen Konfliktsituation erscheint. Diese Lösungswahrscheinlichkeit ist, da es sich im wesentlichen um interpersonelle Schwierigkeiten handelt, von der Wahrscheinlichkeit der Hilfeleistung der sozialen Umwelt abhängig. Dabei kann keine lineare Beziehung gelten, weil bei angenommener großer Hilfsbereitschaft ein solcher Appell nicht nötig und bei nicht vorhandener oder sehr geringer nicht sinnvoll wäre. Von daher nimmt WIENDIECK eine gewisse Trägheit oder Hilfsunwilligkeit der sozialen Umwelt an, die aber noch ein ausreichendes Maß an Hoffnung bestehen läßt. Der Suizidversuch mit stark appellativem Charakter kann danach in Übereinstimmung mit HAYAKAWA (1957) als nicht-verbaler kommunikativer Akt verstanden werden. Allerdings muß das "Zeichen" Suizidversuch vom Empfänger richtig verstanden werden, d.h. es muß die intendierte Hilfsreaktion auch auslösen. Dies ist nur möglich, wenn diese Intention über einen gemeinsamen Konsensus richtig interpretiert wird. Eine solche Übereinstimmung kann aber nur dann erreicht werden, wenn die suizidale Handlung nicht als rein demonstrativ angelegt und verstanden wird, es muß also auch die evasive Komponente vertreten sein, etwa im Sinne von "subintentioned death". Erst wenn auch dieser Aspekt zusätzlich dekodiert wird, erfolgt offensichtlich eine adäquate Reaktion, erst dann wird sie als genügend starker Auslöser für die Reaktion - Hilfe - wirksam. Entsprechend wäre für die verbale Ankündigung einer suizidalen Handlung eine adäquate Reaktion mit weit geringerer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, da die evasive Komponente hier erheblich schwerer entschlüsselt werden dürfte. Darüberhinaus, da das Zeichen "verbale Kommunikation der Absicht" nicht die Eindeutigkeit eines realisierten Suizidversuchs hat, scheint die

Möglichkeit der Verdrängung eines unliebsamen Sachverhaltes bei der Zielperson hier eher gegeben zu sein. Eine Untersuchung von RUDESTAM (1971) stützt diese Annahme. Er untersuchte retrospektiv in einer transkulturellen Studie je 50 Suizidfälle in Stockholm und Los Angeles. In 2/3 der Fälle war die Absicht "maladaptive", d.h. es wurde mit Ablehnung, Zurückweisung, Rückzug oder Lächerlichmachen reagiert. Bei Frauen, die einen Suizid ankündigten, wird eher argumentiert und rationalisiert. Dies legt die Hypothese nahe, daß die Verbalisierung der suizidalen Absicht mit der männlichen Rolle weniger vereinbar ist. Allerdings fand RUDESTAM keinen geschlechtsspezifischen Unterschied in der Häufigkeit suizidaler Ankündigungen. Dies steht im Gegensatz zu einer Reihe anderer Untersuchungen, die herausfanden, daß Frauen eher über ihre suizidale Absicht sprechen. Eine Erklärung hierfür sieht er zum einen darin, daß Männer eher mit engen Freunden und Bekannten als mit Therapeuten oder anderen Hilfsinstanzen ihre Probleme erörtern. Zum anderen ist die Population, die diese Instanzen aufsucht, eher als "low-risk"-Population einzustufen und hier sind wiederum Frauen überrepräsentiert. Als weiteres Ergebnis ist zu nennen, daß auch dann, wenn die suizidale Ankündigung ernstgenommen wird, die Zielperson nicht weiß, welche Reaktion angemessen ist, und damit einer solchen Ankündigung hilflos gegenübersteht.
Auch SPÄTE (1973) betrachtes suizidales Handeln unter dem Blickwinkel der zwischenmenschlichen Kommunikation. Er sieht die Entwicklung zu Suizidversuchen, z.T. auch zu Suiziden, durch eine charakteristische Kommunikationsverarmung gekennzeichnet. Diese weist die Merkmale der Signalvergröberung, des Übergangs zu affektgesteuertem Verhalten bis hin zum destruktiven Schweigen auf, wo Signale entweder nicht mehr gesendet, oder wenn doch, nicht mehr aufgenommen werden. Ist dieser Zustand erreicht, kann nur noch der Suizidversuch als komplexer sozialer Auslöser zur Unterbrechung des Kommunikationsstillstandes aufgeboten werden. Dies gelingt im allgemeinen, da das Symbol des Todes, offensichtlich hoch affektbesetzt, als eindeutiges Zeichen eine

Hilfsreaktion auslöst. Der Teil der Patienten, bei dem keine Lösung der Konfliktsituation, sei es von außen oder durch Umstrukturierung der eigenen Sichtweise nach einer suizidalen Handlung eintritt, weist verschiedene Arten der Symbolvergröberung auf. Zum einen wird die Redundanz durch frequente Aufeinanderfolge der gesendeten Signale erhöht, Suizidankündigungen oder auch Suizidversuche treten gehäuft auf. Zum anderen wird mit erweitertem Suizid gedroht. Nur wenige gehen allerdings auf härtere Methoden des Suizidversuchs über, da dies mit dem noch bestehenden Wunsch nach einer Verbesserung der Kommunikation nicht vereinbar ist. Die Dynamik dieses Geschehens wird auch dadurch unterhalten, daß die häufigste Methode des Suizidversuchs - die Einnahme von Tabletten - durch ihre ubiquitäre Verbreitung die kommunikative Wirksamkeit verliert und zusätzliche Hinweise nötig macht. Das rapide Ansteigen dieser Kommunikationsform legt die Frage nahe, ob es sich um eine "makabre Neuerwerbung zur Verständlichmachung des heutigen Menschen handelt". In Anbetracht einer Arbeitswelt, der Kommunikationsverarmung inhärent ist, von Wohnsituationen, die ein Ghetto der Kleinfamilie konstituieren und des Rahmens, in dem der Vorschlag eines fernsehfreien Abends diskutiert wird, scheint ein solcher Ansatz fruchtbar.

Hinweise dafür liefert auch die "language theory" von KREITMAN et al. (1970), der annimmt, daß ein Teil der Leute, die einen Selbstmordversuch begehen, einer "attempted suicide subculture" angehören. Darunter versteht er eine Personengruppe, in der der instrumentelle Wert eines Selbstmordversuchs dadurch ansteigt, daß ein Konsensus über die Adäquanz eines solchen Versuchs als Konfliktlösungsstrategie herrscht. Im Gegensatz zu oben angeführten Modellen führt hier gerade auch die appellative Komponente des Suizidversuchs zu einer entsprechenden Hilfsreaktion der Umwelt, erhöht allerdings die Nachahmungstendenz durch Modellernen, oder auch die Wiederholungsgefahr durch operantes Konditionieren. Dieser Gruppe sollen vor allem jüngere weibliche Personen angehören, die relativ weiche Suizidmethoden benutzen.

4. Besonderheiten der jugendlichen Situation und ihre Beziehung zur jugendlichen suizidalen Handlung

Der großen Anzahl von Veröffentlichungen über Suizid- und Suizidversuch bei Erwachsenen steht eine noch relativ geringe Anzahl solcher Arbeiten über dieses Phänomen bei Kindern und Jugendlichen gegenüber. Allerdings ist eine starke Zunahme der Arbeiten über Selbstmordhandlungen von Kindern und Jugendlichen zu beobachten, seit man den rapiden Anstieg solcher Handlungen gerade bei der jüngeren Altersgruppe zwischen 10 und 15 Jahren erkannt hat.
Um das Phänomen an sich, aber auch um die steigende Rate der Fälle erklären zu können und, daraus abgeleitet, Handlungsanweisungen zu Prävention und Prophylaxe zu erhalten, ist es nötig, sich mit der spezifischen Situation von Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen. Hier sollen vor allem die Rahmenbedingungen von Pubertät und Adoleszenz dargestellt werden.

4.1. Pubertät und Adoleszenz

Weitgehende Einigkeit herrscht darüber, daß Jugendalter als besonders kritische Entwicklungsperiode zu betrachten ist. Diese wird durch tiefgreifende biologische, soziologische und psychologische Faktoren konstituiert, deren exakte Trennung im einzelnen nicht möglich scheint. Jugend ist gekennzeichnet durch die Spannung zwischen biologischer Reife (NEIDHARDT, 1970) und der noch nicht zuerkannten sozialen Reife. Dies erfordert vom Jugendlichen, mit den Anforderungen durch das Ansteigen sexueller Triebansprüche fertig zu werden. Inwieweit die hierdurch geschaffenen psychischen Konflikte kulturspezifisch sind (MALINOWSKI, 1962) soll hier nicht erörtert werden. Weiterhin wird die Anpassung an Normen und Rollen, die den Übergang in den Erwachsenenstatus einleiten, gefordert. Dies zu integrieren und eine neue Ich-Identität

zu finden, stellt ein sehr komplexes Anspruchsfeld dar und Instanzen wie peer-group oder heterosexueller partnerschaftlicher Kontakt (die dieses an sich erleichtern), schaffen gleichzeitig eine Reihe weiterer Probleme. Wie diese Entwicklung verläuft, ist von einer Reihe von Faktoren wie Kindheitsgeschichte, soziale Umwelt u.a. abhängig und wird in verschiedenen Subgruppen der Gesellschaft entsprechend unterschiedlich aussehen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Prolongierung jugendlicher Abhängigkeit durch die zunehmende Verlängerung der Ausbildungszeit. Dies schafft Probleme vor allem hinsichtlich der - notwendigen - Ablösung vom Elternhaus, verzögert die gesellschaftliche Plazierung und erschwert die Durchsetzung jugendlicher Autonomieansprüche. Gerade am Ablösungsprozeß des Jugendlichen vom Elternhaus läßt sich zeigen, wie unterschiedlich er für einzelne gesellschaftliche Gruppen verläuft. Er beginnt bei Mädchen im allgemeinen früher, führt aber meistens nicht so weit wie bei männlichen Jugendlichen. Jugendliche Arbeiter der Unterschicht vollziehen ihn nicht nur früher, sondern auch schneller als beispielsweise Schüler aus höheren Schichten. Er zeigt sich besonders gravierend bei Jugendlichen, die einem anderen Bildungs- und Berufsmilieu als die Eltern angehören. Darüberhinaus lassen sich 3 Dimensionen unterscheiden, auf denen sich dieser Ablösungsprozeß u.U. auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten vollzieht (NEIDHARDT, 1970): (a) die interaktionelle Ebene gemeinsamen Umgangs und Sozialverkehrs, (b) die normative Ebene direkter elterlicher Kontrolle sowie (c) die emotionale Ebene gefühlsmäßiger Bindung und Solidarität.
"Sollen wachsende außerfamiliäre Orientierungen, zunehmend kritische Haltungen und steigende Autonomieansprüche des Jugendlichen nicht zu akuten Konflikten im Elternhaus führen, so setzt das von Eltern die Einsicht voraus, daß diese Tendenzen in unserer Gesellschaft zu unabdingbaren Bedingungen jugendlicher Entwicklung gehören und - wenn in gewissen Grenzen - funktionale Elemente des Sozialisationsprozesses darstellen."

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Pubertät und Adoleszenz eine besonders krisenanfällige und "streßintensive Periode" (MUSSEN et al., 1976) darstellt, die im Normalfall gut bewältigt, doch trotzdem bei Vorliegen weiterer ungünstiger Bedingungen Ausgangspunkt pathologischer Entwicklungen sein kann. Auf Bedingungen, die eine solche Entwicklung begünstigen, gerade auch im Hinblick auf suizidales Verhalten in dieser Altersgruppe, soll im weiteren eingegangen werden.

4.2. Charakteristika suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter

Wie schon oben erwähnt, hat sich die Zahl der Kinderselbstmorde zwischen 1950 und 1970 verdoppelt. Ein ähnlich drastisches Ansteigen ist bei den Jugendlichen nicht zu beobachten, hier steht allerdings der vollendete Selbstmord an zweiter Stelle der Todesursachen (ZUMPE, 1959; WAAGE, 1966). Knaben und männliche Jugendliche begehen im Verhältnis 1 : 4 bzw. 1 : 3 häufiger Selbstmord als Mädchen und weibliche Jugendliche. Bei den Selbstmordversuchen, die etwa 8-10mal häufiger auftreten, überwiegt der Anteil der Mädchen. PARNITZKE und REGEL (1972) geben ein Verhältnis von 2,8 : 1 an, STORK (1972), der seine Untersuchung in Frankreich durchführte, von 1,8 : 1. Bei der Wahl der Mittel ergibt sich ein hochsignifikantes Überwiegen zugunsten der "weichen" Methoden und hier insbesondere der Tablettenintoxikation, so daß sie geradezu als "'die' Art der Ausführung einer suizidalen Handlung im Jugendalter anzusehen sind" (PARNITZKE, REGEL, 1972). Es bestehen geschlechtsbezogene Unterschiede, Knaben und männliche Jugendliche verwenden eher "harte" Methoden im Sinne einer stärkeren Autoaggressivität als Mädchen und weibliche Jugendliche, doch scheint hier in den letzten Jahren eine zunehmende Angleichung hin zur "weichen" Methode der Tablettenintoxikation stattzufinden,

"Psychopharmaka werden bei Jungen und Mädchen zum Mittel der Wahl" (NISSEN, 1974). Denkbar wäre die Erklärung, daß nicht nur oder nicht ausschließlich ein Rückgang autoaggressiver Tendenzen bei suizidalen männlichen Jugendlichen stattfindet, sondern die Wahl der "weichen" Methode vom sozialen Umfeld nicht grundsätzlich als unvereinbar mit der männlichen Rolle angesehen wird.

4.2.1. Selbstmordhandlung im Rahmen der Pubertätskrise

Pubertätskrisen, die sich unter anderem gerade in der labilen Stimmungslage des Jugendlichen manifestieren, sind als normale, zeitlich begrenzte Entwicklungsphasen anzusehen. Gerade ihr Fehlen, etwa bei Weiterbestehen einer ungetrübten infantilen Harmonie, muß als pathologisch angesehen werden. NISSEN (1974) nennt 3 Aufgabenbereiche, die während dieser Periode vornehmlich zu lösen sind: (a) Lösung von bisherigen Autoritäten und realitätsgerechte Wiederbindung an die Eltern (Autoritätskrisen), (b) Selbstfindung und Beherrschung der Rollen in der Sozietät (Identitätskrisen) und (c) Integration genitaler Sexualität (Sexualkrisen und Sexualneurosen). Diese 3 Bereiche greifen eng ineinander und können nur bedingt getrennt betrachtet werden. Sie sind als Rahmenbedingungen zu sehen, zwischen denen Heranwachsende im Normalfall ein labiles Spannungsgleichgewicht halten, bei deren Bewältigung es aber durch Hinzutreten weiterer ungünstiger Bedingungen zur Ausformung schwerer Krisenzustände kommen kann. Solche zusätzlichen Belastungsfaktoren können "broken-home"-Faktoren, organische Affektionen bis hin zu Konflikten aus Schule oder Berufswelt und Partnerschaft sein. Dabei kommt gerade den broken-home Faktoren ein besonderes Gewicht zu. NISSEN sieht die Selbstmordhandlung Jugendlicher vor allem unter dem Gesichtspunkt der Identitätskrise, der Phase, in der der junge Mensch soziale Neuorientierungen vollziehen und einen Prozeß der Individuation hin zu einer neuen Ich-Identität leisten muß. Treten hier

Konflikte hinzu, die für den Jugendlichen subjektiv nicht lösbar scheinen, oder bei deren Lösung er keine Unterstützung von der sozialen Umwelt sieht, stellt zumindest für einen Teil der Jugendlichen die suizidale Handlung einen Lösungsweg dar. Dies kann von der rein gedanklichen Beschäftigung über suizidale Gesten bis hin zum Suizidversuch und vollendeten Suizid kummulieren. Der Anlaß zu einer suizidalen Handlung ist gerade in diesem Altersabschnitt oft banaler Natur und austauschbar, allerdings läßt sich bei genauer Analyse im allgemeinen eine längere krisenhafte Entwicklung bis hin zu einer präsuizidalen Struktur verfolgen. Die Frage, ob ernstgemeinte oder demonstrative Selbstmordversuche in dieser Altersgruppe überwiegen, ist umstritten. Einigkeit herrscht darüber, daß gerade bei Kindern und Jugendlichen diese Frage im Einzelfall nur schwer zu entscheiden ist. Gerade aufgrund der Unsicherheit der Klassifikation - die ihren Sinn ja vor allem dann erhält, wenn sie high-risk-Gruppen von low-risk-Gruppen trennen kann - und nicht zuletzt auch wegen der impliziten Wertung von Begriffen wie "ernstgemeint" oder "demonstrativ", scheint es sinnvoller, mit FEUERLEIN (1971) von parasuizidalen Handlungen zu sprechen. Diese Begrifflichkeit erlaubt es eher, suizidale Handlungen in ihrer Funktionalität innerhalb des sozialen Umfeldes zu begreifen. Da kindliche und puberale Suizidhandlungen oft überraschend und "ohne vorausgehende Vorwarnungen" (LEMPP, 1976) erfolgen, ist der präsuizidalen Situation besondere Beachtung zu schenken. Vor allem ist auch der Sachverhalt zu nennen, daß suizidgefährdete Jugendliche vor einer drohenden Suizidhandlung häufig einen Arzt aufsuchen und "wegen tatsächlicher oder vorgeschobener Beschwerden ärztlichen Rat und Beistand suchen" (NISSEN, 1974).

Symptome sind neben dem von RINGEL (1969) beschriebenen präsuizidalen Syndrom: situative und dynamische Einengung, Aggressionsumkehr und Suizidphantasien, alle Arten direkter oder indirekter Suizidankündigungen, gehäuftes Auftreten von Suiziden oder Suizidversuchen in Familie

oder Bekanntenkreis sowie das Vorliegen massiver existentieller Konflikte und psychischer oder psychosomatischer Störungen. Dies ist ein noch weitgehend ungenutztes Feld der Prophylaxe.

4.2.2. · Broken-home Faktoren

Die Bedeutung von broken-home Faktoren für suizidale Handlungen wird nicht nur durch die große Anzahl von Veröffentlichungen über diesen Zusammenhang unterstrichen - die Ergebnisse weisen ebenfalls eine eindeutige Disposition dieses Faktors zu Selbstmordhandlungen aus. Darüberhinaus scheint er auch andere Formen abweichenden Verhaltens zu begünstigen. Die Vielzahl von Übersetzungen und Begriffsfindungen im deutschsprachigen Raum spiegelt nur annähernd die Unterschiede der Definitionen für die broken-home Situation wider, eine verbindliche Operationalisierung steht bis heute noch aus. Man kann die Arbeiten danach aufteilen, ob sie mit broken home eine, aus welchen Gründen auch immer, Änderung der formalen Struktur der Familie bezeichnen oder ob sie auch Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie qualifizieren. STAMPFLI (1951) nennt 3 Gruppen, durch die Unvollständigkeit einer Familie entsteht: Tod eines oder beider Elternteile, Scheidung oder Desertion und Unehelichkeit. STENGEL (1966) sowie GREER (1966) verstehen unter einer broken-home Situation den Elternverlust über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten vor dem 15. Lebensjahr, ohne die Ursache miteinzubeziehen. DORPAT et al. (1965) sehen eine broken-home Situation erst dann gegeben, wenn die Abwesenheit eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr die Dauer von 4 Jahren überschreitet, ebenfalls unabhängig von der Ursache. DORPAT et al. (1965) fanden in ihrer Untersuchung, daß bei Patienten mit Suizidversuch häufiger ein Elternverlust durch Scheidung, bei Patienten mit vollendetem Suizid häufiger durch Tod der Eltern vorlag. Andere Autoren beziehen den Begriff

des broken home nicht nur auf den Elternverlust, sondern auch auf Ehezwist der Eltern, Trunksucht, Adoption, Stiefeltern, Heimerziehung, wechselnde Unterbringung des Kindes sowie psychische Erkrankungen der Eltern. PARNITZKE und REGEL (1973) fanden bei 22% der Kinder und Jugendlichen mit Suizidversuch, daß sie bei nur einem Elternteil aufwuchsen, 18% bei den Großeltern, in Pflegefamilien oder bei Stiefeltern. ZUMPE (1966) stellte bei 85% der von ihm untersuchten Jugendlichen zerrüttete Familienverhältnisse fest. BIGRAS et al. (1966) untersuchten die Familiensituation von 21 14-17jährigen Mädchen und fanden bei 50% wechselnde Unterbringung des Kindes, Heimerziehung, Adoption, Vaterverlust oder Scheidung. Persönlichkeitscharakteristika und Erziehungsstile waren bei den Vätern in über 70% "häufig abwesend", "an der Erziehung uninteressiert" und "passiv", bei den Müttern zu 90% "vorwiegend oder gänzlich kalt", "abweisend", "ständig kontrollierend und einengend in der Erziehung". CORDER et al. (1974) nahmen an, daß eine Reihe von Charakteristika, unter anderem auch broken-home Faktoren, sowohl für suizidale Jugendliche als auch für solche mit anderen Verhaltensstörungen gelten. Bezüglich der broken-home Faktoren ergaben sich zwischen der suizidalen und der nicht-suizidalen Gruppe signifikante Unterschiede insofern, als die suizidgefährdeten Jugendlichen durch ihre Eltern häufig in ihren Aktivitäten beschnitten wurden und wenig freie Entscheidungsmöglichkeiten hatten. Zudem lag häufiger ein aktueller Konflikt mit den Eltern vor und die Eltern hatten im allgemeinen eine negative Einstellung zu ihren Kindern. In einer weiteren Untersuchung erhoben CORDER, PAGE und PARKER (1974) ebenfalls die familiäre Situation suizidaler und nicht-suizidaler Jugendlicher. Dabei wurden, soweit möglich, auch die Eltern befragt. Sie trennten die untersuchten Variablen in 3 Hauptgruppen, Familiengeschichte, Charakteristika der Eltern und familiäre Interaktion. Dieser Ansatz geht über die o.g. Fassungen des broken-home Begriffs hinaus und erhebt Kriterien für die

Disfunktionalität der Familienstruktur, die bei den von ihnen untersuchten suizidalen Jugendlichen anzutreffen war. Es handelte sich meistens um zerrüttete Familien, häufig lag Krankheit eines der Elternteile, schwere Zerwürfnisse oder auch Arbeitsunfähigkeit des Hauptverdieners zugrunde. Durch starke elterliche Kontrolle werden die Jugendlichen an die Familie gebunden. Eine Auseinandersetzung mit den oft unzufriedenen Eltern ist kaum möglich und wenn konfliktgeladen. Die Jugendlichen erleben die häusliche Situation als von ihnen nicht beeinflußbar und fühlen sich dieser Situation ausgeliefert. Oft tritt noch der Verlust einer geliebten Bezugsperson hinzu, die bis dahin einen Teil der jugendlichen Konflikte hatte auffangen können. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Bedeutung des broken-home Faktors als Prädisposition für suizidale Handlungen unumstritten ist. Die Angaben über die Häufigkeit von broken-home Verhältnissen in der Vorgeschichte von suizidalen Handlungen schwanken beträchtlich. Dies läßt sich vor allem auf die unterschiedliche Definition und die daraus resultierenden unterschiedlichen Erfassungsmodi für broken-home Situationen erklären und erschwert die Vergleichsmöglichkeiten des vorliegenden Zahlenmaterials. Zudem kann die Gefahr nicht ausgeschlossen werden, daß der Faktor broken-home, wenn er als Schlüsselerlebnis für die Prädisposition zu suizidalen Tendenzen angesehen wird, überdeterminiert ist FRIEDRICH (1974). Dies zeigt nicht zuletzt die große Zahl anderer Verhaltensstörungen, bei denen ebenfalls eine broken-home Situation anzutreffen ist. Neuere Untersuchungen zeigen die Wichtigkeit einer Analyse und Erfassung der gesamtfamiliären Situation über die Veränderungen in der formalen Familienstruktur hinaus. Dies hat zwei Gründe: Zum einen können in der formal intakten Familie durchaus auch frühkindliche Traumatisierungen ablaufen. Zum anderen scheint das frühe Erlebnis einer instabilen Eltern-Kind-Beziehung für suizidales Verhalten dann Bedeutung zu erlangen, wenn es sich im Rahmen einer desorganisierten Familienstruktur wiederholt, wenn "die mit dem Liebesobjektverlust verbundenen Erfahrungen

als wiederkehrend im Lebensprozeß erkannt werden" (FRIEDRICH, 1974).

4.2.3. Sexualproblematik und Selbstmordversuch bei Jugendlichen

Aufgrund der veränderten Sexualmoral wäre anzunehmen, daß sexuelle Konflikte, so z.B. die Vorstellung bestimmte 'Normen' nicht zu erfüllen wie angemessene heterosexuelle Betätigung, bei Jugendlichen etwas mehr in den Hintergrund getreten seien. Wieweit sexuelle Konflikte gerade für das Selbstmordgeschehen Bedeutung erlangen, wird von verschiedenen Autoren in unterschiedlichem Ausmaß beschrieben: So fand SCHWAB (1975) nur bei 7% der von ihm untersuchten Jugendlichen, daß sexuelle Auffälligkeiten suizidauslösend wirkten, BRON (1976) dagegen schätzt dies auf 47-56% bei den männlichen und 65% bei den weiblichen Jugendlichen, die Selbstmordversuche unternahmen, allerdings trennt er bei dieser Prozentzahl nicht zwischen Problemen in der Partnerbeziehung und der Sexualität; er fand jedoch, daß von den 91 von ihm untersuchten Jugendlichen einer Onanie, einer Impotenz, vier homophile Neigungen als aktuelle Konfliktsituation angaben.
Nach wie vor muß wohl davon ausgegangen werden, daß gerade der sexuell deviante Jugendliche isoliert ist, mit seinen Konflikten allein dasteht und zusätzlich dem Druck ausgesetzt ist, der auf Minoritäten überhaupt lastet. Die psychischen Probleme, die sich hieraus ergeben, nämlich Angst vor sozialer Diskriminierung, mangelnde Selbstakzeptierung und Selbstwertverlust sowie ggfs. akute Partnerkonflikte (siehe auch SCHORSCH, SCHMIDT, 1975), können durchaus als suizidogen gelten (SIGUSCH, 1973). Dies gewinnt vor allem in Hinsicht auf die Tatsache Bedeutung, daß "... den veränderten sexuellen Verhaltensweisen kein einschneidender Wandel der Sexualideologie entspricht" (SCHORSCH, SCHMIDT, 1975). Die andererseits sicher auf

weiten Bereichen erfolgte Liberalisierung der Jugendsexualität wirft allerdings zusäztliche Probleme auf, indem "... sexuelle Beziehungen nicht nur erlaubt sind, sondern erwartet und sogar gefordert werden, daß Status und Ansehen davon abhängen und sexuelle Erfahrung mit Erfolg überhaupt assoziiert wird".
Inwieweit auch diese Problematik im Suizidgeschehen bei Jugendlichen von Bedeutung ist, konnten wir in unserer Arbeit nicht eruieren. (Detaillierte Untersuchungen zu diesem Problemkreis scheinen noch auszustehen.)

5. Zusammenfassung (Begründung des eigenen Vorgehens)

Nach der Darstellung einiger Konzepte zur Erfassung des Phänomens Selbstmord und Selbstmordversuch kann zusammenfassend festgehalten werden: außer den vielfältigen methodischen Beschränkungen, die die Gültigkeit eines Ansatzes einschränken, steht das Problem im Vordergrund, ein Phänomen, dessen Multikausalität als gesichert angenommen werden kann, zu erfassen. Selbst wenn alle für einen Selbstmord oder Selbstmordversuch relevanten Faktoren erfaßt werden könnten und als ausreichendes "Ursachengefüge" akzeptiert würden, so bleibt unklar, in welcher Weise diese Faktoren zusammenwirken. Existiert im Individuum eine einfache "Summation" der als Risikofaktoren zu bezeichnenden Variablen, wobei bei Erreichen einer "kritischen Grenze" Selbstmord oder Selbstmordversuch resultiert (ist diese "kritische Grenze" typisch für bestimmte Individuen)? Oder wären nicht auch kompensatorische Vorgänge denkbar - geringe Ausprägung eines Risikofaktors könnte durch hohe Ausprägung eines anderen "ersetzt" werden?
Bei diesen Überlegungen wird deutlich, wie gering das Hintergrundwissen über intrapsychische Projektion und Verarbeitung bestimmter Faktoren ist.
Deshalb soll in der folgenden Untersuchung ein "bescheidenes" Vorgehen gewählt werden. Soweit wie möglich sollen Aussagen über mögliche Kausalzusammenhänge vermieden werden.
Eine Beschränkung erfolgt auf die Wiedergabe verbaler Äußerungen Jugendlicher. An einigen Stellen werden Hypothesen und mögliche weitergehende Interpretationen oder Erklärungen skizziert. Außerdem sollen einige Problemkonstellationen in Fallvorstellungen angegeben werden. Ausgehend von der Annahme, Alltagserfahrung stelle eine wichtige Erkenntnisquelle dar, soll diese, soweit möglich,

reflektiert werden.
Für die Entscheidung, gerade den Selbstmordversuch Jugendlicher zu beschreiben, waren pragmatische Gründe ausschlaggebend - so stellt der Selbstmord bei Jugendlichen eine häufige Todesursache dar und viele Selbstmordversuche Jugendlicher werden mit tödlichem Ausgang wiederholt. Aus der anfangs (siehe 1.2.) thematisierten Ansicht, Suizidprophylaxe - mit allen Einschränkungen - als sinnvoll zu akzeptieren, ergibt sich die Relevanz, zumindest die "Erscheinungsform" des Selbstmordversuches Jugendlicher zu beschreiben und daraus Möglichkeiten zur Prävention zu entwickeln.
Weiterhin wird von einigen Autoren (FEUERLEIN, DUBITSCHER, 1971) der demonstrative Charakter vor allem des Selbstmordversuches Jugendlicher betont. In der vorliegenden Arbeit wird auf solche Klassifizierung verzichtet, da das Arrangement eines Selbstmordversuches keinen Rückschluß darauf zuläßt, zu welchem Ziel und mit welcher "Ernsthaftigkeit" eine Person einen Suizid unternimmt. LEMPP (1967) weist darauf hin, daß gerade bei Jugendlichen eine Suche nach demonstrativen Zügen in der Selbstmordhandlung (und damit verbunden meist eine Bagatellisierung) völlig falsch sei.
Die Unterschiede der Situation Jugendlicher und Erwachsener liegen auf der Hand, so daß einige der anfangs aufgeführten Selbstmordkonzepte, die eher für Erwachsene gültig sein sollen, für den Selbstmord und Selbstmordversuch Jugendlicher wenig Bedeutung haben. Auf die Besonderheit der jugendlichen Situation wurde hingewiesen.
Bevor die Äußerungen der Jugendlichen wiedergegeben werden, sollen kurz das Vorgehen und Schwierigkeiten in der "Datengewinnung" thematisiert werden.

6. Die Untersuchung

6.1. Erhebungszeitraum

Die Erhebung wurde im Zeitraum von März 1977 bis Juni 1978 vorwiegend am Kreiskrankenhaus Reutlingen durchgeführt (4 Jugendliche wurden in der Universitätsklinik Tübingen befragt). In diesem Zeitraum wurden mit 30 Jugendlichen Gespräche geführt. Die Anzahl der wegen Selbstmordversuchen behandelten Jugendlichen dürfte für diesen Zeitraum bei 40 liegen.

6.2. Diagnosestellung des Selbstmordversuches

Wie ausgeführt (siehe 2.2.) besteht große Uneinigkeit darüber, was als Selbstmordversuch gewertet wird, vor allem dann, wenn eine - zwar vom Individuum selbst zugefügte - Verletzung nach dessen Aussage in nichtsuizidaler Absicht erfolgte. Von uns befragt wurden diejenigen Jugendlichen, deren Verletzung anhand der Kriterien des Krankenhauspersonals als Selbstmordversuch gewertet wurde. Die zugrundeliegenden Kriterien bestanden - soweit uns bekannt - vorwiegend in den Aussagen des Patienten und der Angehörigen (in einigen Fällen waren auch Abschiedsbriefe zurückgelassen worden).
Weiterhin wurde vom Krankenhaus häufig eine Einteilung in "Schweregrade" vorgenommen (z.B. "demonstrativ", sehr ernsthaft), da danach weitere Behandlung oder Maßnahmen (Entlassung nach der Entgiftung, Überweisung an Psychiatrische Klinik, Beratung durch Sozialfürsorge etc.) eingeleitet wurden. Diese Einteilung wurde meist intuitiv vorgenommen (welchen "Eindruck" der Patient macht), nach dem Schweregrad der Intoxikation oder nach den Aussagen der Jugendlichen.
In der vorliegenden Untersuchung wurde die vom Kranken-

haus aufgestellte Definition des Selbstmordversuchs soweit übernommen, indem Patienten, die zwar starke Intoxikationen aufwiesen, jedoch nach- uns meist nicht bekannten - Kriterien eine suizidale Absicht nicht festgestellt wurde, nicht befragt wurden.

6.3. Die Krankenhaussituation

Einige sehr allgemeine Charakteristika der Krankenhaussituation sollen hier - soweit sie für wichtig für die Situation des Gespräches eingeschätzt werden - kurz skizziert werden: Wie PFLANZ (in SCHRAML, 1975) ausführt, stellt das Krankenhaus eine Subkultur dar, deren Merkmal u.a. im "Prinzip der naturwissenschaftlichen Rationalität" besteht. Dieses Prinzip soll sich nach PFLANZ im zwischenmenschlichen Bereich (zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patient) als "Affektneutralität" niederschlagen.
Gegenüber Patienten, die sich eine Verletzung selbst zugefügt haben, können Vorbehalte bestehen, da der Patient - wie PFLANZ in Anlehnung an PARSON bemerkt - die "Verpflichtung, den krankheitsbedingten Zustand als unerwünscht anzuerkennen und kompetente Hilfe zu suchen" (PFLANZ, 1975) nicht einhält.
Unter anderem kann gerade dieser - zwar nicht immer vorhandene - Anspruch des Krankenhauspersonals verschiedene Strategien beim Patienten auslösen, die von "Trotz" und "Auflehnung" (die sich vor allem in der Verweigerung der Mithilfe bei therapeutischen Maßnahmen, also auch eines Gespräches ausdrückt) bis zur "Verleugnung" des Selbstmordversuches reichen.
Ebenfalls in Rechnung zu stellen ist die Angst der meisten Patienten vor längerdauernder stationärer Behandlung oder Überweisung in eine Psychiatrische Klinik. Die "Drohung" einer Überweisung in eine Psychiatrische Klinik (entweder bei Verweigerung der Mithilfe geäußert oder bei noch bestehender "Suizidalität") erschwerte in einigen Fällen den Zugang zu den Jugendlichen. Einige von ihnen sahen die

Untersucher als "Agenten" des Krankenhauses an (d.h. sie befürchteten, daß die in einem Gespräch erhaltenen Informationen weitergegeben und zur Entscheidung, welche Maßnahmen getroffen werden, verwendet werden).
Dieser Aspekt der Verfälschung der Angaben in Richtung der sozialen Erwünschtheit oder "Dissimulation" muß bei der Analyse der Gespräche berücksichtigt werden.

6.4. Das Gespräch

Nach SCHRAML (1975) kann als klinisches Gespräch "jede Form beabsichtigter oder geplanter verbaler Kommunikation zwischen ... klinischem Personal einerseits und Patienten andererseits" (SCHRAML, S. 267) bezeichnet werden.
Die Schwierigkeiten dieses Gespräches liegen möglicherweise zum einen darin, daß durch die für den Befragten vertraute Situation (Informationen weiterzugeben) in ihm alltägliche Konzeptionen der Gesprächsführung aktualisiert werden, zum anderen jedoch nur "äußere" Merkmale der Gesprächssituation vertraut sind, da die Dyade zwischen Gesprächsführer und Befragtem in höchstem Maße asymmetrisch ist: Befragter und Fragesteller haben jeweils verschiedene Erwartungen an das Gespräch.
Die Ambivalenz zwischen Vertrautheit des "settings" der Situation und Fremdheit der Zielsetzung kann den Befragten zu sehr verschiedenen Hypothesen darüber anregen, was von ihm verlangt sei und was er vom Gesprächsführer zu erwarten habe.
Die Gesprächssituation war im vorliegenden Fall noch dadurch erschwert, daß keine "Weiterverarbeitung" der Daten im Sinne des Befragten vorgenommen wurde. (Bestimmte Maßnahmen, wie Zuführung zu Therapien, konnten von den Untersuchern selbst nicht veranlaßt, höchstens in informellen Gesprächen mit kompetenten Stellen angeregt werden.)
Von der Vielzahl möglicher - während eines Gespräches - ablaufender Prozesse wurden die oben dargestellten deshalb

als relevant angesehen, da sie zumindest einen Teil der aufgetretenen Probleme des Gesprächs begründen: Die "Vertrautheit" der Gesprächssituation für den Befragten (die noch dadurch unterstrichen wurde, indem die Untersucher auf weiße Kittel und dergleichen verzichteten) führte dazu, daß von einigen Jugendlichen Fragen nach Ratschlägen oder Bitte um Hilfe vorgebracht wurden. (Andererseits war den Jugendlichen vor dem Gespräch der "Zweck" erklärt worden, wobei auch betont wurde, daß die Untersucher keinerlei Befugnisse hatten.)
"Ratschläge" wurden dann gegeben, wenn explizite Fragen danach gestellt wurden. Dabei resultiert aus dieser Gesprächsführung sicher eine wichtige "Verzerrung": durch die Art der "Ratschläge" wurde eine Akzentuierung dieses oder jenes Problembereiches vorgenommen, Wertungen abgegeben und Alltagsweisheiten der Untersucher herangezogen. Ob und in welcher Art sich dieses Vorgehen im Gespräch niederschlug, kann nur vermutet werden.
Noch zu berücksichtigen sind die Einschränkungen, die durch die z.T. recht unterschiedliche Verbalisierungsfähigkeit der befragten Jugendlichen entstehen: so ist die von uns befragte Gruppe recht inhomogen, was Schichtzugehörigkeit und Berufsausbildung anbelangt. Dabei kann die inzwischen vielfach untersuchte Tatsache der für bestimmte Schichten und Bildungsniveaus typischen "Sprach-Codes" herangezogen werden. Wieweit jedoch die verbale Ausdrucksfähigkeit auch Rückschlüsse auf den Grad der Introspektionsfähigkeit zuläßt, ist nicht so sicher zu entscheiden.

6.4.1. Vorgehen des Gesprächs

Um die Hauptaufgabe des Gespräches, das nach KÖNIG (1967) als qualitatives Interview bezeichnet werden könnte, zu erfüllen, nämlich die "Darstellung des individuellen Falles im Hinblick auf das zu untersuchende Problem" (KÖNIG,

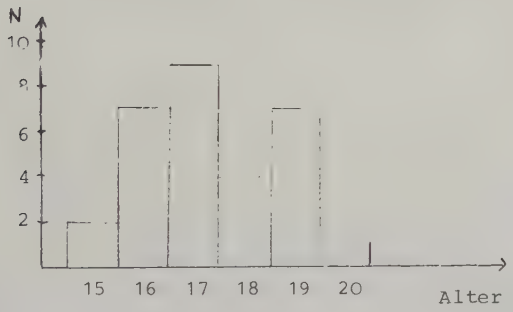
(Den Mitarbeitern des Krankenhauses Reutlingen danken wir für die Ermöglichung der Untersuchung und die freundliche Unterstützung.)

1967, S. 143) und gleichzeitig "vergleichbares Material" von einer Vielzahl von Befragten zu erhalten, wurde ein Interview-Leitfaden verwendet (siehe Anhang).
Der Leitfaden dient der groben Orientierung, er enthält keine Antwortkategorien, die Fragen wurden nicht in strikter Reihenfolge gestellt.
In den meisten Fällen verlief das Gespräch so, daß die Jugendlichen zuerst die für sie wichtig erscheinenden Probleme erzählten, danach wurde bei den weniger ausführlich dargestellten Problembereichen vom Interviewer nachgefragt.
Den Jugendlichen wurden vor dem Gespräch der Ablauf und das Ziel des Gespräches erklärt und ihr Einverständnis eingeholt.
In den meisten Fällen wurde das Interview/Gespräch in einem leerstehenden Untersuchungszimmer durchgeführt, in einigen Fällen, vor allem wenn aus Platzmangel oder wegen bestimmter Behandlungsmaßnahmen (Infusionen und dgl.) ein Wechsel des Raumes nicht möglich war, im Krankenzimmer.
Zur Dokumentation des Gespräches wurden Tonbandaufzeichnungen verwendet. Die Benützung des Tonbandes wurde von einigen Jugendlichen abgelehnt (zum einen, weil ihnen die Situation zu "fremd" erschien, zum anderen, weil sie der Versicherung, nichts von dem Gespräch zu verwenden, wodurch ihre Person zu identifizieren sei, mißtrauten). In diesen Fällen wurde nach dem Gespräch ein Gedächtnisprotokoll erstellt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich eineinhalb bis zwei Stunden. In einigen Fällen wurde ein zweites Gespräch am darauffolgenden Tag durchgeführt, wenn von den Jugendlichen ein Wunsch danach geäußert wurde.
In diesem zweiten Gespräch wurden vor allem Möglichkeiten weitergehender Hilfe besprochen und mit dem Personal der Klinik solche Maßnahmen, z.B. Überweisung zu niedergelassenem Psychiater, diskutiert.

7. Tabellarische Darstellung der Daten

Zur ausführliche Diskussion der nachfolgenden Daten wird auf die Arbeit von G. FRITZ (1980) verwiesen (siehe auch Kapitel 1).
Es erfolgt an dieser Stelle nur eine kurze Darstellung der erhaltenen Daten.

1. Darstellung der Altersverteilung



2. Geschlecht

Männlich	10
Weiblich	20

3. Staatsangehörigkeit

Deutsch	25
Jugoslawisch	1
Türkisch	4

4. Konfession

evangelisch	14
katholisch	12
mohammedanisch	4
sonstige	0

5. Familienstand

ledig	29
verheiratet	1

6. Familienstruktur

vollständig		18
unvollständig		12
davon	geschieden	7
	gestorben	5
	komb.	3
	sonstiges	3
z. Zt.	bei den Eltern(teil)	22
	allein (Heim)	4
	bei Verwandten	4

7. Anzahl der Geschwister

Einzelkind	1
bis 2 Geschwister	14
mehr als 2 Geschwister	15

8. Schulbildung

Hauptschule	23	davon abgebrochen	2
Realschule	4		
Gymnasium	3		

9. Beruf

ungelernt	5
in der Lehre	7
beendete Lehre	2
abgebrochene Lehre	9
Schüler	7

10. Arbeitslosigkeit

zur Zeit (der Erheb.)	4
früher	5
nicht	21

11. Beruf der Eltern

	Vater	Mutter
ungelernter Arbeiter	3	11
gelernter Arbeiter	10	0
unterer/mittl. Angest.	6	4
höherer Angestellter	0	0
unterer/mittl. Beamter	4	0
höherer Beamter	2	0
Rentner	1	0
davon z.Zt. arbeitslos	2	0
nicht berufstätig	0	14
selbständig	3	0
keine Angaben	1	1

12. Chronische Erkrankungen eines Elternteils

Vater Alkoholiker	3
unbekannte chron. Erkr.	1

13. Eigene Erkrankungen/Sucht

Alkohol-/Drogenabusus	10
Verdacht auf psych. Erkr.	2
chron. Kopfschmerzen	2
Anorexia	1

14. Methoden des Suizidversuchs

Tabletten	Schmerz	-
	Schlaf	9
	sonstige	1
	komb.	20
zusätzlich Alkohol		8
zusätzlich Pulsadern		3

15. Zeitpunkt

vormittags	5
nachmittags	5
abends	12
nachts	8

16. Schwere der Intoxikation (nach Angabe der behandelnden Ärzte)

leicht	20
mittel	8
schwer	2

17. Ankündigung des Suizidversuchs

keine	14
indirekte	6
deutliche	10

In 5 Fällen keine explizite Selbstmordabsicht:
Vp Nr. 1, 4, 10, 12, 21

In 4 Fällen lagen Abschiedsbriefe vor:
Vp Nr. 6, 7, 12, 13

18. Frühere eigene Selbstmordversuche

keine	21
einen	4
mehr als einen	1
keine Angaben/unklar	4

In 3 Fällen Selbstmordversuche im Bekanntenkreis/Familie

19. Umgebung zur Zeit des Suizidversuchs

zu Hause	24
im Freien	3
in Gaststätten etc.	2
keine Angaben	1

20. Planung (nach Angaben der Jugendlichen)

spontaner Entschluß	17
seit wenigen Tagen bis 2 Wochen geplant	2
Wochen bis Monate geplant	8
keine Angaben/unklar	3

21. Möglichkeit zur Rettung

Entdeckung	sicher	6
	wahrscheinlich	16
	unwahrscheinlich	4
selbst nach Rettung gesucht		4

22. Suizidphantasien

wurden von 29 Patienten angegeben

23. Im Krankenblatt erhobenes Motiv

"Liebeskummer"	11
Schwierigkeiten mit Arbeitsplatz	2
Schwierigkeiten mit Eltern	2
keine Angaben	15

24. Beabsichtigte Weiterbehandlung

Entlassung nach Hause	9
ambulante psychiatrische Weiterbetreuung	9
stationäre psychiatr. Weiterbetreuung	7
sonstige Maßnahmen	5

8. Zur Situation junger Türkinnen

Der problematischen Situation ausländischer Arbeitnehmer in der BRD, vor allem der der "zweiten Generation", wird zunehmendes Interesse entgegegebracht. Dies schlägt sich u.a. auch in der wachsenden Zahl von wissenschaftlichen und journalistischen Publikationen nieder, vor allem über die Bereiche, in denen soziale Spannungen schon auftreten oder zumindest vermutet werden (siehe Spiegel Nr. 43, Oktober 1978 "Ausländerkinder - ein sozialer Sprengsatz"). Die Diskriminierung ausländischer Arbeitnehmer betrifft besonders die, denen die Integration am schwersten fällt, deren ursprüngliche Lebensgewohnheiten am meisten von den hier üblichen entfernt sind, die Türken, die "... auf der Rangleiter der Diskriminierung ... den schlechtesten Platz einnehmen" (BAUMGARTNER- KARABAK, LANDSBERGER, 1978). Und hier sind es vor allem die türkischen Frauen und Mädchen, deren Probleme die wenigste Beachtung finden, unter anderem weil sie die geringsten Chancen haben, sie zu artikulieren, auf sich aufmerksam zu machen. Sie signalisieren ihre Probleme durch einen eher stummen Protest, durch "Krankheit und Depression: lautlose individuelle Reaktionen, die sich leicht übersehen lassen" (v.PACZENSKY in s.o.). Der von uns gefundene hohe Prozentsatz junger türkischer Mädchen, die einen Selbstmordversuch unternahmen, zwingt dazu, die Situation dieser sozialen Randgruppe näher zu beleuchten, nach den Mechanismen zu fragen, die hier ablaufen und zu fragen, inwieweit dieser Hintergrund als suizidogen zu betrachten ist. Dazu ist es nötig, Lebensbedingungen und Gewohnheiten türkischer Familien im Heimatland, ihre Situation hier, sowie speziell die Konflikte, die sich aus der Migration ergeben, zu analysieren.

8.1. Herkunft türkischer Gastarbeiter-Familien, historische, sozioökonomische und kulturelle Aspekte

Obwohl die Türkei, ausgehend von der Amtszeit KEMAL ATATÜRKs, einen zunehmenden Wandel zum Industriestaat hin vollzogen hat, ist die Situation auch heute noch dadurch gekennzeichnet, daß "... einigen industriellen Enklaven, in denen die Entwicklung - wesentlich induziert durch ausländische Investitionen - verhältnismäßig fortgeschritten ist, ein riesiges Hinterland gegenübersteht, in dem die alten Strukturen bisher noch unangetastet blieben" (BORRIS, 1973). Diese wenigen Industriezentren können die strukturelle Arbeitslosigkeit gerade im Osten der Türkei nicht auffangen, die aus schlechter Bodenertragslage einerseits und großem Bevölkerungswachstum andererseits resultiert. Aus diesen schwach entwickelten Gebieten rekrutiert sich ein Großteil der türkischen Gastarbeiter in der BRD. Sie stammen aus Gegenden, in denen herkömmliche Werte und Normen, die vornehmlich am Islam orientiert sind, ungebrochen Geltung besitzen. Dies gilt ebenso für familiäre und verwandtschaftliche Beziehungen innerhalb der Dorfgemeinschaft. "Die verwandtschaftlichen Beziehungen sind die intimsten und intensivsten sozialen Beziehungen im Dorf ..." (PLANCK, 1972). Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Unterordnung des Individuums innerhalb der dörflichen Gemeinschaft unter die Gruppe. "... Das Individuum gewinnt erst als Angehöriger eines Haushalts, einer Sippe, eines Viertels, eines Betriebs ... soziales Gewicht" (PLANCK, 1972). Die Situation innerhalb der Familie ist durch uneingeschränkte väterliche Autorität und die traditionelle Rolle der Frau gekennzeichnet, emanzipative Bestrebungen sind kaum vorhanden. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der schulischen Situation der Jungen bzw. Mädchen: Mädchen besuchen, trotz allgemeiner Schulpflicht, bei weitem seltener die Schule, Gründe dafür sind: "Belastung durch Haushalt und kleinere Geschwister, stärkere Beanspruchung bei der Arbeit und gängige Vorstellungen, daß Mädchen besser nicht zur Schule gehen sollen"

(MENK, MÖNCH-BUCAK in Päd-Extra, 1977). Entscheidungen werden weitgehend von den männlichen Familienangehörigen, insbesondere den Vätern getroffen. So auch die Entscheidung über die Ehe der Kinder, die Braut wird nach Gesichtspunkten der Ehre und Leistungsfähigkeit ausgesucht. "Zumindest theoretisch ist die Ehre dabei das Wichtigste. Jedes offensichtliche Interesse am anderen Geschlecht, geschweige denn Kontakt zu einem Mann, schmälert den Ruf eines Mädchens" (STIRLING, 1965). "Die Frau nimmt in dieser Gruppe eine sehr benachteiligte und zurückgesetzte Stellung ein. Sie ist abhängig von ihrem Mann und dessen Familie und bekommt von ihnen ihren sozialen Status und ihre soziale Rolle" (ÖZBEK, 1974).

8.2. Zur Situation in der BRD

Überwog während der sechziger Jahre der Anteil türkischer Männer noch bei weitem den Anteil der Frauen an der Arbeitsvermittlung, kann man in den siebziger Jahren eine Angleichung feststellen. Aufgrund des steigenden Arbeitsplatzangebotes für türkische Frauen ist auch im zunehmenden Maß festzustellen, daß Türkinnen vor ihren Ehemännern in die BRD einreisen. Der Entschluß dieser Frauen zur Emigration erfolgt aber nur in den wenigsten Fällen aus eigenem Antrieb, sondern ist, gemäß den traditionellen Rollenvorstellungen, im wesentlichen durch Ehemann oder Familie determiniert. Läßt sich die Art der Migration noch mit der traditionellen Rolle in Einklang bringen, in dem Sinne, daß der Entschluß durch Ehemann oder Familie vollzogen wird, erfolgt im weiteren Verlauf zwangsläufig ein Bruch gerade dadurch, daß in der neugeschaffenen Situation eigene, unabhängige Entscheidungen getroffen werden müssen, insofern Rollenvorstellungen aufgegeben und Teile der eigentlichen Männerrolle übernommen werden müssen. Nicht zuletzt durch diesen Umstand (aber auch durch die nicht seltene Reduzierung auf die Kleinfamilie) ist ein sprunghaf-

ter Anstieg der Scheidungsrate zu verzeichnen.

8.3. Zur Situation türkischer Kinder und Jugendlicher, insbesondere der jungen Türkinnen

Aus dem o.g. ergeben sich drei hauptsächliche Problemkreise. Das ist zum einen die Desintegration der Familie, dann die Schwierigkeiten, die sich aus der Akkulturation bzw. bikulturellen Sozialisation ergeben, sowie Arbeitsplatz- und Schulsituation. Diese drei Bereiche lassen sich nur bedingt getrennt betrachten, es kann in diesem Rahmen nur fragmentarisch darauf eingegangen werden.
Detaillierte Untersuchungen über die Auswirkungen der Familiendesintegration auf die Kinder liegen bislang kaum vor, aber es kann angenommen werden, daß eine "broken home"-Situation geschaffen wird, mit den unter 4.2.2. genannten Konsequenzen.
Die Schule wird von einem Teil türkischer Jungen und Mädchen überhaupt nicht besucht, vor allem Mädchen bleiben wegen der anstehenden Hausarbeit oft daheim. "Wer drinnen ist, hat's schwer: In Nordrhein-Westfalen schaffen nur 42% den Hauptschulabschluß..." (SPIEGEL 43, 1978). Die Chancen, einen Arbeitsplatz zu bekommen, sind entsprechend gering, es resultiert eine hohe Arbeitslosenquote, die durch den überproportionalen Anteil ausländischer Jugendlicher am Beschäftigungsabbau noch erhöht wird. Die so geschaffenen Unsicherheiten dürfen nicht unterschätzt werden, Maßnahmen, die diese Zustände auffangen, fehlen fast völlig. "Für die zweite Generation fehlt das soziale Netz" (SPIEGEL 43, 1978). Konflikte in Familie, Schule und Beruf sind mit den Schwierigkeiten, die sich aus Akkulturation und bikultureller Sozialisation ergeben, gekoppelt, sind Folge und Ursache zugleich, nicht selten sich gegenseitig (im Sinne eines circulus vitiosus) verstärkend. Akkulturation bezeichnet die Übernahme fremder Kulturelemente in den Rahmen der eigenen, schon verankerten Kulturwerte durch Individuen oder Gruppen. Dies

trifft vor allem für erwachsene ausländische Arbeitnehmer zu, während Kinder und Jugendliche zwar die primäre Sozialisation (in der Familie) entsprechend traditioneller Wertvorstellungen vollziehen, sie im sekundären Sozialisationsprozeß aber zunehmend mit Elementen der anderen Kultur konfrontiert werden. "Die Übernahme von Elementen einer anderen Kultur vollzieht sich dann, wenn die eigene der Dominanz der Kultur des Einwanderungslandes weichen muß" (BAUMGARTNER et al., 1978). Für die jungen türkischen Mädchen bedeutet das, nicht mehr in die traditionelle Rolle, in die Hierarchie der Frauen, hineinwachsen zu können, ihre Sozialisationsbedingungen sind nach BAUMGARTNER et al. (1978) gekennzeichnet durch: "existentielle Unsicherheit der Eltern als Lohnarbeiter (Arbeitsplatzunsicherheit) in einem fremden Land (abhängig von Ausländergesetzen etc.), der Unsicherheit der Eltern einer Industriegesellschaft gegenüber (Konfrontation mit neuen Werten und Normen), der Unsicherheit in der Zukunftsplanung (wann geht die Familie zurück in die Türkei, oder bleibt sie in Deutschland)..." Während die Eltern sich den traditionellen Wertvorstellungen verpflichtet sehen und entsprechende Anforderungen stellen, kommt es zum Konflikt mit den Anforderungen durch das Schulsystem, der deutschen Umgebung und den Werten, die durch deutsche Medien vermittelt werden. "Wir müssen die Identitätsentwicklung der ausländischen Kinder als einen konflikthaften Prozeß ansehen, in dem der Konkurrenzkampf zwischen alternativen Werten im Individuum und/oder in der Gruppe eine zeitweilige Orientierungslosigkeit bewirkt." (FEIDEL-MERTZ, GROSSMANN, 1974) Gerade bei den jungen Türkinnen muß man davon ausgehen, daß die Eltern besonders auf Einhaltung der traditionellen Normen bedacht sind, dies führt zu starken Konflikten, zumal sie andererseits den Lebensstil deutscher Mädchen sehen. Aufgrund der Ghettosituation, "weitgehend auf Fernsehen und Illustrierte angewiesen, werden sie Opfer der totalen Konsumwerbung, die als vordergründigstes und zugleich sublimstes Mittel ständig die Sexualität vor ihren Karren spannt. Sie müssen daher das Bild der schönen,

schicken, freien, jungen Mädchen, das ihnen dort suggeriert wird, für Realität halten, weil sie keine Chance haben, es zu überprüfen" (TAGESSPIEGEL 20, 1975 aus BAUMGARTNER). Um sich aus der Abhängigkeit von den Eltern zu lösen, muß im allgemeinen eine neue Abhängigkeit eingegangen werden, die vom Ehemann, an den man verheiratet wird. Doch hier zeigt sich mit am deutlichsten der durch die zweite Sozialisierung bewirkte Einstellungswandel, "bei den türkischen Mädchen in Deutschland spielen die Überlegungen, wie persönliches Kennenlernen und Zuneigung vor der Ehe, eine wichtige Rolle. Sie möchten selbständig über ihr Leben entscheiden und kommen deshalb in große Konflikte mit den Eltern, die nach alter Tradition den Ehepartner für sie bestimmen wollen. Die Folge dieses Dilemmas sind in vielen Fällen psychische Erkrankungen ..." (BAUMGARTNER et al., 1978).

8.4. Zusammenfassung

Im vorliegenden Exkurs sollte gezeigt werden, daß die jungen Türkinnen die von den Nachteilen der Migration am stärksten betroffene Gruppe sind. Ihre Lage ist gekennzeichnet durch Benachteiligung in Schule und Beruf (hohe Abbruchquote bzw. hohe Arbeitslosigkeit), zudem wirkt sich die existentielle Unsicherheit der Eltern (Familie) aus. "Unter uns wächst eine Generation der Hoffnungslosigkeit heran. Die Generation stößt auf eine Gesellschaft, die mangelnde berufliche Qualifizierung, Arbeitslosigkeit, Isolation, Entwurzelung, Ghettoisierung und Abweisung der ... ausländischen Kinder und Jugendlichen nur oberflächlich am Rande zur Kenntnis nimmt." Nicht zu erwarten sei, "daß die Betroffenen dies auf die Dauer hinnehmen werden" (SPIEGEL 43, 1978).
Zumindest die jungen Türkinnen müssen es. Anders als evtl. bei den männlichen Jugendlichen richtet sich ihr "Problemstau" (SPIEGEL 43, 1978) nach innen. Dies umso mehr, als

in ihrer Sozialisation alternative Kulturwerte am härtesten aufeinanderprallen und die stärksten Diskrepanzen zu verzeichnen sind. Von ihnen wird einerseits die Übernahme neuer Rollenerwartungen verlangt (Selbständigkeit, sich in Schule und Beruf zurechtzufinden), andererseits wird ihnen das gleiche Verhalten von der Familie als persönliches Vergehen angelastet, wenn sie es auf den Umgang mit Gleichaltrigen anwenden. Die für den deutschen Alltag notwendige peer-group Sozialisation wird in ihren Auswirkungen von der Familie sanktioniert. Die so von außen herangetragenen Zwänge, neue Normen und Verhaltensweisen erlernen zu müssen und sie in für sie wesentlichen Gebieten nicht anwenden zu dürfen. Die so geschaffene, übermächtige Situation muß größtenteils von den Mädchen selbst verarbeitet werden. Folgen sind Orientierungs- und Hoffnungslosigkeit, deren Auswirkungen unter anderem psychosomatische Erkrankungen und Suizidversuche sind, als Ausdruck einer Situation, die nur auf diese Weise noch signalisiert werden kann.

8.5. Vier Fallgeschichten

0014 G.,A.

Die 17jährige Patientin lebt bei ihren Eltern zusammen mit 3 Geschwistern. Der Vater ist seit 4 Jahren Frührentner, sei die ganze Zeit zu Hause (sie wohnen in einem kleinen Dorf auf der Alb, dort wohnen noch mehrere türkische Familien). Die Mutter arbeitet als Putzfrau und hat nebenbei noch einen Aushilfsjob, sie ernährt weitgehend die Familie. Der Vater würde sehr viel trinken und habe ein Verhältnis mit einer anderen Frau, von dem auch die Mutter wisse. Der Vater kontrolliere sie sehr stark, während ihre beiden Brüder alles dürften. Die Patientin hat hier die Volksschule besucht und ist jetzt in einer Friseurlehre. Der Vater holt sie jedesmal ab und bringt sie hin, auch dann, wenn sie zur Berufsschule muß. Dadurch habe sie keinen außerschulischen bzw. beruflichen Kontakt mit ihren Mitschülern bzw. Kolleginnen, obgleich sie sich mit einigen sehr gut versteht und sie gerne häufiger treffen würde. Das ist ihr streng untersagt, sie müsse immer daheim bleiben.

Suizidanamnese
Am Tag des Suizidversuchs traf sie beim Einkaufen im Supermarkt, in dem sie mit ihrem Vater war, einen Klassenkameraden und sie habe mit diesem über Schulangelegenheiten geredet. Als der Vater dies bemerkte, zog er sie weg, aus dem Supermarkt heraus, schlug und beschimpfte sie. Daraufhin sagte sie ihm, daß sie sich umbringen werde, ihr Vater habe aber darauf nicht reagiert, sondern sie zu Hause eingesperrt. Sie nahm dann alle Tabletten, die sie zu Hause finden konnte. Als die Mutter abends nach Hause kam und nach ihr sah, veranlaßte sie die Krankenhauseinweisung.

Diskussion

Die im vorliegenden Kapitel geschilderten Diskrepanzen werden bei der Fallbetrachtung sehr deutlich. Die Patientin richtet sich in ihrem Umgang mit Gleichaltrigen nach den Werten, die sie in Schule und Beruf als normal und notwendig erfahren hat. Selbständigkeit und selbstverständlicher Umgang auch mit den männlichen Mitschülern sind für sie normale Umgangsformen, für den Vater bedeutet dieses Verhalten einen Affront gegen seine Überzeugungen, drakonische Maßnahmen sind die für ihn selbstverständliche Folge. Die ständige Kontrolle und Überwachung durch den Vater, wie auch die gestörten Familienverhältnisse müssen ebenso bei der Genese des suizidalen Geschehens Beachtung finden. Der Suizidversuch kann als aggressiver Akt gegen den Vater verstanden werden.

0023 T., S.

Eine 16jährige Patientin, die bei ihrer geschiedenen Mutter lebt, zusammen mit 4 kleineren Geschwistern. Die Mutter ist Arbeiterin, sie selbst ist ebenfalls ungelernte Arbeiterin, aber seit einigen Monaten arbeitslos und versorgt zu Hause die Geschwister. Mit der Mutter versteht sie sich gut, diese hat aber sehr wenig Zeit, ist durch den Beruf überlastet. Sie selbst hat wenig Freizeit, muß eigentlich den ganzen Tag zu Hause sein und die Geschwister versorgen. Seit 2 Jahren ist sie mit einem Türken verlobt, allerdings nicht offiziell, sie sähen sich jeden Samstagnachmittag, seit 4 Wochen habe sie ihn aber nicht mehr getroffen. Am Vortag des Suizid erfuhr sie von einer Freundin, daß ihr Verlobter sich mit einem anderen türkischen Mädchen verheiraten wolle.

Suizidanamnese
Am Nachmittag des nächsten Tages nahm die Patientin Tabletten, die der Mutter wegen der Nerven verschrieben worden seien. Sie wisse nicht mehr wieviel und auch nicht mehr, wie es genau passiert sei. Als die Mutter am Abend nach Hause kam, verständigte sie den Notarztwagen.

Diskussion
Im Vordergrund steht die Situation, die durch die Auflösung der Verlobung geschaffen wurde. Dieser Situation war sie ausgesetzt, hatte keinerlei Beeinflussungs- oder Verarbeitungsmöglichkeiten. In der Schilderung der Konfliktkonstellation muß darüberhinaus die Scheidung der Mutter, die Arbeitslosigkeit der Patientin, sowie die starke Belastung durch den Haushalt, den sie zu versorgen hat und die geringe Freizeit Beachtung finden.

Gemeinsame Betrachtung der 4 Fälle

Es konnte gezeigt werden, daß widersprüchliche, kulturell determinierte Erwartungen im Vorfeld des suizidalen Geschehens bei jungen türkischen Mädchen eine wichtige Rolle spielen. Auffallende Ergebnisse waren darüberhinaus, daß zwei der türkischen Mädchen aus unvollständigen Familien stammten (lebten bei der geschiedenen Mutter), diese beiden waren auch arbeitslos. Ein Mädchen lebte bei der Mutter und ihrem Stiefvater, die Mutter war vom leiblichen Vater geschieden. Ein Mädchen kam aus zerrütteten Familienverhältnissen.
Auf diese Probleme als mögliche Prädispositionsfaktoren für suizidale Handlungen wurde auch in anderen Kapiteln hingewiesen. Es konnte und sollte nicht gezeigt werden, was im Einzelfall zum Suizidversuch geführt hat, wie die intrapsychische Konfliktverarbeitung ablief und welche "psychische Ausstattung" gerade hier den Suizidversuch ermöglichte.

9. Konfliktfeldbeschreibungen

9.1. 0021 B.S.

Ein 17 Jahre altes Mädchen, die als ungelernte Hilfskraft in einem Hotel/Gaststätte arbeitet, im Krankenblatt ist die Auseinandersetzung mit einem Freund als Grund für den Selbstmordversuch angegeben. Die Eltern sind schon vor Jahren geschieden, sie lebt bei ihrer Mutter und dem Stiefvater. Die Mutter ist ganztägig berufstätig, der Vater ist arbeitslos und betreibt zu Hause einen Getränkehandel, er trinke sehr viel. Mit der Mutter komme sie ganz gut zurecht, mit dem Stiefvater gäbe es ständig Streit. Vor ca. 1 Jahr sei sie von zu Hause abgehauen, seitdem habe sich das Verhältnis noch verschlechtert, damals habe der Stiefvater sie auch rauswerfen wollen. Sie sei dann auf die schiefe Bahn gekommen, in einer Clique, die kleinere Diebstähle und Schlägereien begangen habe, habe sich daraus aber dann gelöst. Ihren Arbeitsplatz hat sie zweimal gewechselt, sie sei mit den Chefs nicht zurechtgekommen, war zwischendrin auch arbeitslos. Das sei ihr von zu Hause stark zum Vorwurf gemacht worden. Ihren jetzigen Arbeitsplatz möchte sie wegen der ungünstigen Arbeitszeiten gern wieder wechseln. Mit ihrem Freund, mit dem sie seit ca. 1/2 Jahr zusammen ist, hat sie oft Streit, da dieser sehr eifersüchtig ist, sie zu sehr einschränkt, andererseits aber, wenn er mit seinen Kumpels zusammen ist, sie nicht beachtet.

Suizidanamnese

Am Abend des Selbstmordversuchs war sie zusammen mit einer Freundin in mehreren Gaststätten und hat ziemlich viel getrunken. Hat dann abends den Freund noch getroffen und sich wieder mit ihm gestritten und ist daraufhin in die Toilette der Gaststätte gegangen und hat die Tabletten, die sie wegen der Nerven zur Beruhigung vom Arzt verschrieben bekommen hat, genommen. Danach seien sie alle zur Bushalte-

stelle gegangen und dort sei sie zusammengebrochen, ihre Freunde haben dann den Notarztwagen verständigt. Der Gedanke an Selbstmord sei ihr schon vor ca. 1 Jahr gekommen, sie habe auch damals versucht die Pulsadern aufzuschneiden, das sei aber nicht gelungen, es erfolgte auch keine Krankenhauseinweisung. Vorausgegangen sei ihr damaliges Weglaufen und daß einige ihrer Freundinnen ebenfalls Selbstmordversuche unternommen hätten. Auch damals habe sie ziemlich viel getrunken, da ihr sonst der Mut fehle.

Diskussion

Scheidung der Eltern, ständiger Streit mit dem Stiefvater, der Alkoholiker ist, die Mutter ist durch ihre Berufstätigkeit und die kleinen Kinder überlastet, zeichnen eine broken-home Situation der Pb. Ihr Weglaufen von zu Hause deutet in die gleiche Richtung. Es fehlt an emotionaler Wärme, ein inkonsistenter Erziehungsstil, der durch autoritäre Einschränkungen wie auch Gleichgültigkeit gekennzeichnet ist, verhindert, gemeinsam mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten, eine konstruktive Loslösung vom Elternhaus. Zit.: "Ich hab seit einiger Zeit festgestellt, daß er mich nicht mehr haben will, ist mir egal, ich wart so lang, bis er mich rausschmeißt, das hat er schon mal gemacht...". Berufliche Unzufriedenheit (hat immer als Aushilfskraft gearbeitet) führte zu häufigem Wechsel des Arbeitsplatzes, daraus resultierten weitere Schwierigkeiten mit dem Stiefvater, der selbst arbeitslos ist. Eine Verarbeitung der Konflikte mit ihrem Freund oder in der Clique scheint nicht möglich - die Beziehung zum Freund ist selbst sehr gespannt und sie streiten häufig, in der Clique ist sie nur über den Freund integriert, geduldet! Ihr hoher Alkoholkonsum ist vor allem aus ihren Schwierigkeiten zu erklären. "Die ganze Zeit, wo ich Alkohol getrunken habe, hab ich geglaubt, damit könnt ich meine Probleme lösen." Zudem wird im ganzen Bekanntenkreis üblicherweise Alkohol in größeren Mengen konsumiert, er spielt im eigentlichen Suizidgeschehen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Die Suizidanamnese zeigt, daß es sich um einen wiederholten Suizidversuch handelt. Der erste Suizidversuch erfolgte aus einer konkreten häuslichen Konfliktsituation (ihr damaliges Weglaufen) und wird von ihr selbst im Sinne eines Nachahmungssuizidversuchs erklärt. Allerdings ist hier auch an die induzierende Wirkung von Suizidversuchen im Bekanntenkreis zu denken. Auffällig ist bei beiden suizidalen Handlungen, daß durch Alkohol eine Herabsetzung der Handlungsschwelle vorlag. Der Entschluß zur suizidalen Handlung war spontan, die Tabletten hatte sie vom Hausarzt gegen ihre nervösen Störungen verordnet bekommen. Hier müssen ebenfalls neurotische bzw. psychosomatische Begleitsymptome im Vorfeld der suizidalen Handlung angenommen werden, die eventuell als Appell bzw. Kommunikation einer als nicht lösbar erscheinenden Konfliktkonstellation zu deuten sind.

9.2. 0021 G.B.

Ein 18-jähriges Mädchen, die mit abgeschlossener Lehre als Friseuse berufstätig ist, im Krankenblatt wird Liebeskummer als Motiv angegeben. Im Gespräch ergibt sich als wesentliches Konfliktfeld die häusliche Situation, sie lebt zusammen mit ihrer jüngeren Schwester zu Hause in einem Zimmer, die Mutter ist vor 6 Jahren gestorben, der Vater hat sich vor ca. 2 Jahren wiederverheiratet. Sie gibt an, sich am Anfang mit ihrer Stiefmutter gut verstanden zu haben, das Verhältnis sei immer schlechter geworden und seit sie ihren jetzigen Freund habe - seit etwa 1/2 Jahr - komme sie überhaupt nicht mehr mit ihr zurecht, würde sie hassen. Als Grund gibt sie an, daß der Freund nicht akzeptiert worden sei, außerdem würden zuviele Einschränkungen erfolgen, zudem stritten die Eltern häufig und heftig. Mit dem Vater, der sehr autoritär und bestimmend sei, hätte sie sich auch eigentlich noch nie richtig verstanden. Der Freund leistet z.Zt. seinen Wehrdienst ab, sie sei dadurch recht oft allein zu Hause, mit ihm verstehe sie sich gut bis auf einige Auseinandersetzungen, die sich im wesentlichen um seinen BW-Dienst und die daraus resultierende Zeiteinschränkung drehten. Ihre Freizeit verbringt sie mit dem Freund, in einer größeren Clique sind sie nicht, wenn er keine Zeit hat, trifft sie sich manchmal mit einer Freundin aus der Nachbarschaft.

Suizidanamnese

Sie gibt an, schon längere Zeit Selbstmordgedanken zu haben, in den letzten 14 Tagen sei sie sehr niedergeschlagen und komisch gewesen, so daß sie vor ca. 1 Woche zum Arzt gegangen sei, zumal sie durch ihr Verhalten mit ihrem Chef Schwierigkeiten bekommen habe. Vom Arzt erhielt sie Beruhigungstabletten, die sie sehr ruhig und müde machten, das habe ihr am Arbeitsplatz weitere Schwierigkeiten eingebracht. Am Vormittag habe der Chef ihr gesagt, wenn sie sich weiter so komisch verhielte, könne sie sich ihre Papiere abholen und gehen. Abends habe sie dann versucht

ihren Freund zu erreichen, das hätte nicht geklappt und nachdem sie längere Zeit auf seinen Anruf gewartet hätte, hätte sie aus einem spontanen Entschluß heraus "einfach so" die Tabletten genommen. Danach habe sie noch versucht ihre Freundin telephonisch zu erreichen und als das nicht klappte, sei sie ohne eigentliches Ziel von zu Hause weggegangen. Sie wurde dann von Passanten auf der Straße sitzend aufgefunden, die die Klinikeinweisung veranlaßten. Im Gespräch sieht sie ihren Selbstmordversuch als sinnlos an, schließt aber nicht aus, daß es ihr wieder "passieren kann". Nach Hause möchte sie nicht zurück, sie hat die Möglichkeit, vorerst zu einer älteren verheirateten Schwester zu ziehen, längerfristig will sie mit ihrem Freund zusammenziehen, sobald er mit der Bundeswehr fertig ist und das Geld reicht. Die Patientin wird vom Stationsarzt zur weiteren ambulanten psychiatrischen Behandlung überwiesen und entlassen.

Diskussion

Als zentrales Konfliktfeld stellt sich im vorliegenden Fall die familiäre Situation dar. Der frühe Verlust der Mutter, die gespannte Atmosphäre zwischen Vater und Stiefmutter, die in häufigem Streit eskaliert, kann als "broken-home" Konstellation gewertet werden. Die Beziehung zu dem als autoritär geschilderten Vater, sowie die Beziehung zur Stiefmutter, die sich mit zunehmendem Alter und vor allem seit die Pb einem Freund hat, verschlechterte, deuten auf einen Ablösungskonflikt hin, der durch starke Einschränkungen, wie auch durch Gleichgültigkeit gegenüber den Problemen der Pb gekennzeichnet ist.Die fehlende Zuwendung wird besonders stark empfunden, da die jüngere Schwester bevorzugt wird. Die durch den inkonsistenten Erziehungsstil bewirkte Unselbständigkeit und mangelnde Fähigkeit zum Treffen eigener Entscheidungen wirkt sich auch auf die Außenkontakte und die Beziehung zum Freund aus. Die eingeschränkten Außenkontakte (trifft sich nur selten mit der Freundin, sieht den Freund durch dessen BW-Dienst nur selten) erschweren das Heraustragen der Konflikte aus der Familie und ih-

re Lösung. Zusätzliche Schwierigkeiten ergeben sich im präsuizidalen Zeitraum in ihrem Beruf.
In der Suizidanamnese fällt der lange Zeitraum auf, in dem sich die Pb schon mit Suizidgedanken beschäftigt. Die verbale Kommunikation der suzidalen Absicht wurde nicht ernstgenommen. "Und dann hab ich öfter mal gesagt, ich mach's mal und dann hat sie bloß gesagt, ja man redet bloß so drüber." Die in den letzten 14 Tagen vor dem Selbstmordversuch aufgetretenen Beschwerden können u.U. als neurotische oder psychosomatische Begleitsymptome angesehen werden, die einen letzten Appell darstellten, nachdem die Ankündigung der Selbstmordabsicht nicht ernstgenommen wurde. Die Durchführung der suizidalen Handlung erfolgte spontan, der Anlaß war geringfügig (Freund nicht erreicht). Möglichkeit der Rettung war so gut wie sicher, auffällig ist das Weggehen von zu Hause nach der Tabletteneinnahme, das als Verlassen des (Konflikt-)Feldes verstanden werden kann.

9.3. 0025 G.L.

Ein 15-jähriges Mädchen, das die Realschule besucht und ca. 1 Jahr vor dem Abschluß steht, im Krankenblatt wird Liebeskummer als Motiv angegeben. Die Patientin lebt zu Hause, sie hat eine 1 Jahr ältere Schwester, die die gleiche Schule besucht, der Vater hat ein kleines Unternehmen, in dem auch die Mutter mitarbeitet. Mit den Eltern sowie mit der Schwester komme sie im allgemeinen gut zurecht, die Eltern seien durch das Geschäft sehr angespannt und hätten wenig Zeit, vor allem der Vater sei kaum zu Hause. Sie müsse ab und an zu Hause aushelfen, aber nicht übertrieben viel, habe genug Zeit für die Schule und sich selbst. Sie bezeichnet sich als mittelmäßige Schülerin, komme in der Schule ganz gut durch. Vor vier Wochen hat ihr damaliger Freund, mit dem sie schon länger zusammen war, sich wegen eines anderen Mädchens von ihr getrennt. Kurz darauf hat sie einen anderen Jungen kennengelernt, der am Vortag wiederum wegen eines anderen Mädchens die Beziehung abgebrochen hat. Sie habe dies schon geahnt und sich deshalb am Tag vorher die Tabletten besorgt. Daran gedacht habe sie schon einmal bei der ersten Trennung - "wenn's nicht besser würde". Über die Probleme mit ihren Freunden habe sie mit ihren Eltern nicht reden wollen, die Freundinnen, mit denen sie sich darüber unterhalten hat, meinten, es würde schon gutgehen und als es dann passiert sei, sei ihr eben alles zuviel geworden.

Suizidanamnese

Die Pb hat sich nach der Trennung von ihrem ersten Freund schon einmal mit Suizidgedanken getragen. Diese wurden wieder aktualisiert, nachdem sich die Trennung vom jetzigen Freund abzeichnete. Am Tag, bevor sie annahm, daß die Trennung vollzogen werden sollte, hat sie sich die Tabletten in der Apotheke gekauft. Sie nahm sie am Abend in ihrem Zimmer (10 Tabletten Betadorm), wußte allerdings, daß die Schwester noch einmal hineinschauen würde. Diese verständigte dann die Eltern, die die Krankenhauseinweisung

veranlaßten. Keine Ankündigung des Selbstmordversuchs.

Diskussion

Bei der Fallbetrachtung fällt vor allem auf, daß bei intakter Familienstruktur, unauffälliger Schulsituation und guten Außenkontakten eine altersentsprechende Konfliktsituation - die Trennung vom Freund - einen Selbstmordversuch auslöst. Hier sind mehrere Punkte wichtig. Zum einen kann es in der Pubertät als stimmungslabiler Phase zu depressiven Verstimmungszuständen kommen, vor allem wenn noch ein aktueller Konflikt hinzutritt. "In solchen depressiven Verstimmungszuständen erlebt der Jugendliche qualitativ das Endlose der bestehenden traurigen Verstimmtheit viel intensiver, weil er noch über keine ausreichenden Erfahrungen über die Begrenztheit und Endlichkeit trauriger und depressiver Vorstellungen verfügt. Er kann deshalb in solchen Verzweiflungssituationen zu abrupten, unreflektierten Entscheidungen und zu radikalen Lösungen greifen, deren Anlaß und Motivation nichtig bzw. rätselhaft erscheinen" (NISSEN, 1974). Hinzu kommt, daß die Patientin die Chancen gering beurteilte, mit Eltern oder Freunden über ihre Problematik zu sprechen, zumindest was die Eltern anbetrifft, ist es wohl auf deren Arbeitsüberlastung zurückzuführen, die ihnen relativ wenig Zeit für die Patientin läßt, seitens der Patientin kann es im Sinne des präsuizidalen Syndroms als Einengung der Außenkontakte verstanden werden. Das Arrangement der suizidalen Handlung war so angelegt, daß Rettung sehr wahrscheinlich, wenn nicht sicher war.

9.4. 0005 D.K.

Der Pb ist 19 Jahre alt und leistet zur Zeit seinen Bundeswehrdienst ab. Er lebt daheim bei den Eltern und arbeitet als Hilfsarbeiter im kleinen väterlichen Betrieb mit, eine Lehre hat er nach 3 Jahren aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen. Mit seinen Eltern versteht er sich gut, auch mit seinem Bruder, der zur Zeit ebenfalls bei der Bundeswehr ist. Er ist in Marburg stationiert und seit dem Grundwehrdienst innendienstkrank geschrieben. Dies macht ihm sehr viel Schwierigkeiten, da einerseits seine Krankheit nicht ernstgenommen wird, er andererseits von dem normalen Tagesablauf seiner Kameraden ausgenommen ist und er so in eine Außenseiterrolle gedrängt ist. Nach einem Streit mit Kameraden ist er vor 14 Tagen abgehauen und 2 Tage weggeblieben. Daraufhin droht ihm jetzt eine Disziplinarstrafe. Er ist bei der Bundeswehr sehr unzufrieden, durch das wenige Geld und die weite Entfernung kommt er selten nach Hause. Diesem Umstand lastet er auch an, daß die Beziehung zu seiner Freundin, die er seit dem 3. Lebensjahr kennt und mit der er seit ca. 5 Jahren eine feste Beziehung hat, kaputtgegangen ist. Seitdem er mit der Freundin zusammen ist, hat er keinen Kontakt mehr zur alten Clique und Freunden. Die Eltern, die der Beziehung anfangs positiv gegenüberstanden, waren für den Abbruch der Beziehung, als sie sich in letzter Zeit zusehends verschlechterte. Der Patient glaubt, daß alles anders gekommen wäre, hätte er nicht seinen Wehrdienst ableisten müssen. "Er hätte besser auf sie aufpassen können." Sie sei dadurch in schlechte Gesellschaft gekommen. Am Tage vor dem Selbstmordversuch hatte sie ihm ohne Begründung gesagt, daß es aus sei.

Suizidanamnese

Am Abend der Trennung von seiner Freundin nahm der Patient 4 Tabletten Dormopan, am nächsten Morgen nach dem Aufwachen die restlichen 16 Tabletten. Die 4 Tbl. am Abend hatte er spontan genommen, allerdings hatte er der Freun-

din gegenüber schon längere Zeit angedroht, sich umzubringen, wenn sie ihn verlassen würde - er war sich aber klar darüber, daß 4 Tabletten für einen Suizid nicht ausreichten; und hatte sie mehr aus dem Grund genommen, abschalten zu können, für eine Weile weg zu sein. Am nächsten Morgen habe er sich dann sehr niedergeschlagen gefühlt und benommen und dann die restlichen Tabletten geschluckt. Danach ging er zu einem Freund, bei dem er zusammengebrochen sei. Dieser veranlaßte die Einweisung ins Krankenhaus.

Diskussion

Zwei Problembereiche stehen im Vordergrund. Zum einen die Situation bei der Bundeswehr. Durch seine Krankheit ist er an den normalen Aktivitäten seiner Kameraden nicht beteiligt, er ist von wesentlichen kommunizierbaren Erfahrungen ausgeschlossen, gerät zudem über den scheinbar privilegierten Status, der von Kameraden und Vorgesetzten als Drückebergerei gewertet wird, in die Außenseiterrolle. Wesentlicher Ausdruck und Eskalation dieser Situation ist der Streit mit einem Stubenkameraden; nachdem er danach noch für 2 Tage abgehauen ist, drohen weitere Konsequenzen (Bau), die eine Verschärfung der ohnehin kritischen Lage bedeuten, zumal dadurch die einzige Auswegmöglichkeit - nach Hause zu fahren - weiter eingeschränkt wird. Der zweite Punkt ist der Verlust der Freundin, der sein Gewicht sicher auch durch die Länge der Beziehung erhält, zudem aber durch den Umstand, daß ihm der bis dahin mögliche Fluchtpunkt aus der Bundeswehrsituation, die zumindest am Wochenende mögliche Kompensation, genommen wurde. Im Suizidgeschehen fällt auf, daß der Patient am Abend die 4 Tabletten nimmt, von denen er sicher weiß, daß sie keine letale Dosis darstellen. Dies kann als Versuch angesehen werden, dem Konfliktfeld zumindest zeitweise zu entfliehen, für eine Weile auszusteigen. Die Einnahme der restlichen Tbl. am nächsten Morgen erfolgt in eindeutiger suizidaler Absicht, die Möglichkeit der Rettung ist durch Aufsuchen des Freundes gegeben.

9.5. 0003 L.S.

Die 16-jährige Patientin lebt seit Anfang des Jahres in einem Mädchenheim, da sie ständig Streit mit den Eltern habe, vor allem mit dem Stiefvater (Mutter seit 4 Jahren geschieden), der sie auch häufig aus geringem Anlaß geschlagen hat. Die Ehe der Eltern ist gespannt, der Stiefvater habe häufig Kontakt zu anderen Frauen und verschwende das Geld. Aus diesen Gründen habe sie auch vorher schon einmal längere Zeit bei einer Tante gewohnt. Sie hat zweimal die Lehre abgebrochen, war zwischendurch als Hausgehilfin tätig und ist nach dem zweiten Abbruch aus gesundheitlichen Gründen (Allergie) jetzt seit 2 Wochen arbeitslos. Die erste Lehre, zu der sie massiv vom Stiefvater gedrängt worden sei, habe sie abgebrochen, da es ihr nicht gefallen habe und sie Ärger mit dem Chef hatte. Die Chance, eine Lehrstelle zu bekommen, sie möchte gern Kinderpflegerin werden, sieht sie als schlecht an. Mit ihrem jetzigen Freund, einem Pakistani, ist sie seit etwa 4 Wochen befreundet, hat seit 2 Wochen oft Streit mit ihm. Sie möchte in einer Beziehung leben, in der man sich versteht "Wenn man sich streitet, zeigt das, daß die Beziehung sinnlos ist". Sie vertraut ihrem Freund nicht. Davor war sie 2 Monate mit einem Italiener befreundet, von dem sie sich trennte, nachdem es ebenfalls Auseinandersetzungen gab, da sie eifersüchtig war und sich nicht genügend beachtet fühlte. Sie gibt an, daß auch die Beziehungen davor nie länger als 4-12 Wochen dauerten. Auffallend war, daß die Männer zumeist erheblich älter, zwischen 25-30 Jahre alt, waren. Als weitere Außenkontakte nennt sie vor allem die Cliquen der jeweiligen Freunde, mit denen sie zusammen ist.

Suizidanamnese

Die Patientin gibt an, nach erneutem Streit mit dem Freund 50 Tabletten eines Antiallergicums, das ihr verschrieben worden war, geschluckt zu haben. Dies habe sie sich für den Fall einer erneuten Auseinandersetzung schon länger vorgenommen. Dem Freund gegenüber hat sie auch vage Andeu-

tungen ihrer Absicht gemacht. Aus der Vorgeschichte ergibt sich, daß sie nach der Trennung vom vorigen Freund schon einmal einen Suizidversuch unternommen hat, bei dem sie sich Handgelenksverletzungen mit einer Rasierklinge zufügte. Eine Krankenhausbehandlung sei nicht erfolgt. Sie berichtet zudem von einigen Suizidversuchen im Bekanntenkreis in letzter Zeit. Die Tbl. nahm sie abends in ihrem Zimmer, wußte aber, daß eine Mitbewohnerin noch einmal hineinschauen würde. Diese veranlaßte dann über die Heimleitung die Krankenhauseinweisung.

Diskussion

Als Konfliktfeld, aus dem heraus die suizidale Handlung mit zu verstehen ist, ist zum einen die Situation zu Hause, die, durch Scheidung der Eltern, einen Stiefvater, mit dem die Patientin nicht zurechtkommt und der sie schlägt, sowie der krisenhaften Ehesituation, als broken-home Situation klassifiziert werden kann, zu nennen. Darüberhinaus scheint der inkonsistente Erziehungsstil, die fehlende emotionale Wärme und die geringe sachliche Unterstützung bei Entscheidungen mit dafür verantwortlich zu sein, daß die Patientin bei auftretenden Schwierigkeiten Ziele schnell aufgibt, wenig Fähigkeiten entwickeln konnte, eine Sache durchzustehen und somit noch zu einer konstruktiven Lösung zu kommen. Weiterhin ist es die Berufssituation, mit der sie unzufrieden ist, der häufige Wechsel läßt sich sowohl auf die Beeinflussung durch den Stiefvater, der sie jeweils dazu gedrängt hatte eine Lehrstelle anzunehmen, als auch durch die mangelnde Fähigkeit, konfliktreiche Situationen durchzustehen, erklärt werden kann. Auffällig ist zudem die Diskrepanz zwischen ihrem Wunschziel, Kinderpflegerin, und den realistischen Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In den Partnerschaftsbeziehungen fällt der häufige Wechsel auf, der mit durch die mangelnde Konfliktbereitschaft und -fähigkeit zu erklären ist. Der auftretende Konflikt stellt für die Patientin schon den Beweis für die Sinnlosigkeit der Beziehung dar.

In der Suizidanamnese fällt auf, daß bei beiden Suizidversuchen ein Streit mit dem Freund vorausging. Gedanklich hatte sich die Patientin schon seit etwa 2 Wochen mit dem Suizidversuch beschäftigt und ihn geplant. Dieser weitere Suizidversuch, der sich in Schweregrad und Arrangement nur graduell vom ersten unterscheidet, kann als weiterer Appell um Hilfe aus einer qualitativ als zumindest ähnlich der ersten empfundenen Situation verstanden werden, seit dem ersten Selbstmordversuch hat sich eigentlich nichts verändert. Zu diskutieren ist weiterhin die Schwellenerniedrigung für die Auslösung einer suizidalen Handlung durch die vorausgegangenen Selbstmordversuche im Bekanntenkreis. Die Durchführung der Selbstmordhandlung schloß ein, daß Rettung sicher oder sehr wahrscheinlich war.

9.6. 0019 B.K.

Der 16-jährige Patient lebt zusammen mit der jüngeren Schwester bei seinem Großvater, seitdem die Eltern vor 6 Jahren bei einem Autounfall ums Leben kamen. Mit dem Großvater versteht er sich gut und ist gern dort; diesem wird aber die Belastung durch die Versorgung der beiden Enkel zunehmend zu groß, vor allem seit die Großmutter gestorben ist. Er trägt sich mit dem Gedanken, ins Altersheim zu gehen, der Patient und seine jüngere Schwester müßten dann in einem Heim untergebracht werden. Eine Lehre als Koch hat er vor 4 Monaten nach 2monatiger Dauer abgebrochen und ist seit der Zeit arbeitslos. Gründe für den Abbruch waren die wenige Freizeit, die ungünstigen Arbeitszeiten und das schlechte Verhältnis zum Chef und einem anderen Auszubildenden, der von der Realschule kam und demgegenüber er sich benachteiligt fühlte. Er hat schon mehrmals versucht, eine neue Lehrstelle zu finden, bislang ohne Erfolg. Auf dem Arbeitsamt wurde ihm 2 Tage vor dem Suizidversuch gesagt, daß einer, der die Lehre abgebrochen habe, eben schwer zu vermitteln ist und kaum eine andere Stelle bekommt.

Suizidanamnese

Der Patient gibt an, den Suizid seit 3 Wochen geplant zu haben - seitdem habe er auch die Tabletten, die er in einer Apotheke gekauft habe. Er habe sich das vorgenommen, nachdem der Großvater immer sicherer vorhatte, ins Altersheim zu gehen und er auch immer weniger Chancen sah, eine Lehrstelle zu finden. Er nahm dann morgens 10 Tbl. Bromcarbamid, war sich aber sicher, daß der Großvater in sein Zimmer käme, um ihn zu wecken. Eine Ankündigung der Suizidabsicht erfolgte nicht.

Diskussion

Im Vordergrund steht die broken-home Situation des Patienten. Der Verlust der Eltern, der Großmutter sowie die drohende Heimunterbringung werden als immer wiederkehren-

der Verlust von Bezugspersonen empfunden und bewirken existentielle Unsicherheit. Darin kann die Prädisposition zur suizidalen Handlung gesehen werden. Dazu kommt die Unsicherheit im Beruf, das vergebliche Suchen nach einer Lehrstelle und der abschlägige sowie auch abwertende Bescheid des Arbeitsamts, wenige Tage vor dem Suizidgeschehen. Im Verlauf der suizidalen Handlung fällt auf, daß der Patient den Suizid längere Zeit plante, ihn so durchführte, daß Rettung sicher war, andererseits aber keinerlei Andeutung vorher darüber machte. Dies kann einerseits im Sinne der "Kommunikationsstil-Hypothese" interpretiert werden. Eine weitere Erklärung wäre darin zu sehen, daß der Patient sich über die Ausweglosigkeit der Situation klar war - er hatte Verständnis für den Großvater, dem alles zuviel wurde - sah somit seinerseits keinerlei Einflußmöglichkeit, etwas zu ändern, die drohende Heimunterbringung zu verhindern. Somit wäre der Suizidversuch als Appell um Hilfe in einer als übermächtig empfundenen Situation, die sich eigener Einflußnahme entzieht, zu verstehen.

9.7. 0004 S.K.

Die 19-jährige Patientin lebt bei ihren Eltern, mit denen sie sich gut versteht. Sie ist im 4. Monat schwanger, ihr damaliger Freund, der Vater des Kindes, hat sie wegen der Schwangerschaft verlassen. Ihren jetzigen Freund hat sie kurz darauf kennengelernt. Das Kind habe ihn damals nicht gestört und er sei bereit gewesen, sie zu heiraten. Aus diesem Grunde habe sie auch nicht versucht, das Kind abzutreiben. Seitdem die Schwangerschaft sichtbar wird, zieht der Freund sich immer mehr zurück, wird auch zusätzlich von seinen Eltern zunehmend unter Druck gesetzt, sich von ihr zu trennen "wegen der Schande". Er sei in letzter Zeit immer seltener gekommen und wenn sie überhaupt weggingen, dann irgendwohin, wo man sicher keinen Bekannten treffen würde "er habe sich wegen ihres dicken Bauches geschämt". Ihre Eltern würden ihr keine Vorwürfe machen, sondern sie sehr unterstützen und jede Hilfe zusagen. Sie wolle das Kind aber keinesfalls austragen, sie würde es hassen, sieht im Kind die Ursache dafür, daß ihre Beziehung zu ihrem Freund kaputtgeht. Zudem wird sie in dem Betrieb, in dem sie als Aushilfskraft arbeitet, der Freund arbeitet im gleichen Betrieb im Büro, von einigen Arbeitskolleginnen schief angesehen, seitdem diese wissen, daß sie ein uneheliches Kind erwartet. Die Arbeit in der Fabrik sollte nur die Zeit überbrücken, bis sie eine Lehre als Pharmaziehelferin anfangen könnte, dies wird durch das Kind ebenfalls unmöglich gemacht. Die neue Lehrstelle hatte für die Patientin besondere Bedeutung, da sie schon zwei Lehren abgebrochen hat, die eine wegen einer Auseinandersetzung mit dem Chef, die andere, weil ihr die Arbeit nicht gefiel. Bei diesen Berufsentscheidungen war sie von ihrem Vater stark beeinflußt worden, hatte diese Lehren weniger aus eigenem Entschluß angefangen.

Suizidanamnese

Die Patientin gibt an, eigentlich keinen Suizid geplant zu haben, sondern sie habe gehofft, daß das Kind auf diese Weise abgetrieben würde, sie selbst aber überleben würde. Allerdings habe sie Suizidphantasien gehabt bei der Vorstellung, daß ihr Versuch nicht klappen würde. Sie gibt an, auch die Selbsttötung in Kauf zu nehmen. "Ich muß das Kind loswerden, auch wenn ich dabei selber draufgehe." Die Intoxikation war von ihr seit 2 Wochen geplant, sie nahm dann am frühen Sonntagmorgen 200 Tabletten Valium 5, die sie sich sukzessiv von Bekannten besorgt hatte. Sie wußte, daß Valium relativ "harmlos" ist und damit nur dem Kind "etwas passiert". Die Rettung war von ihr sicher eingeplant, da sie wußte, daß die Eltern sie wecken würden. Diese verständigten dann auch den Notarztwagen.

Diskussion

Im vorliegenden Fall kann gemäß der von uns vorgenommenen Kategorisierung eigentlich nicht von einem Suizidversuch gesprochen werden, sondern es liegt ein, zumindest von der verbalisierten Absicht, Abtreibungsversuch vor. Einige Überlegungen sprechen jedoch dafür, Komponenten einer suizidalen Handlung mitzudiskutieren. Das sind zum einen die von der Patientin geschilderten Suizidphantasien, dazu auch die eindeutige Aussage, den eigenen Tod in Kauf zu nehmen, wenn der Abtreibungsversuch nicht klappt, d.h. in einer quasi gedanklichen Vorwegnahme, den eigenen Tod als Möglichkeit der Konfliktlösung und damit mögliche Handlungsalternative zu antizipieren. Ein weiterer Punkt ist die Durchführung der Intoxikation mit einem zwar als relativ harmlos erachteten Mittel, jedoch einer extrem hohen Dosis, die die Hypothese nahelegt, daß eine autoaggressive Komponente mitspielt. Dies erhält zusätzliche Unterstützung durch die nicht seltene Beobachtung, auch im vorliegenden Fall, daß der eigene Körper, gerade bei einer unerwünschten Schwangerschaft, als fremd und nicht zum eigentlichen Selbst gehörig erlebt wird.

Zit.: "Aber die Schwangerschaft ist vor allem ein Drama, das sich bei der Frau zwischen ihren beiden Ichs abspielt. Sie empfindet sie gleichzeitig als eine Bereicherung und als eine Verstümmelung. Der Foetus ist ein Teil ihres Körpers und auch wieder ein Parasit, der auf ihre Kosten lebt. Sie besitzt ihn und wird doch wieder von ihm besessen ... So ist ... die Haltung der Frau natürlicherweise zwiespältig. Sie wechselt in den verschiedenen Entwicklungsstadien des Foetus. Man muß zunächst daraufhinweisen, daß das Kind zu Beginn des Vorgangs nicht gegenwärtig ist. Es besitzt nur eine imaginäre Existenz." (de BEAUVOIR, 1949, S. 482).

10. Diskussion und Zusammenfassung

Im folgenden sollen einige Ergebnisse unserer Erhebung kurz zusammengefaßt werden, dabei wird auf eine ausführliche Diskussion aller auffällig erscheinenden Phänomene verzichtet.
Ein weiterer Schritt ist die kurze Erläuterung des suizidalen Konfliktfeldes.
Möglichkeiten zur Prävention und Prophylaxe werden kurz erörtert.
Am Schluß steht die Bewertung der eigenen Erhebung und ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungsstrategien.
Das Überwiegen junger Mädchen beim Suizidversuch wurde von uns in Einklang mit anderen Autoren ebenfalls gefunden. Mögliche Interpretationen wurden bereits skizziert, die von rollentypischen Erwartungen (ein mißglückter Suizid würde als unvereinbar mit der männlichen Rolle angesehen) bis zur Möglichkeit eines statistischen Artefakts reichen. Folgende Überlegung erschien uns wichtig: es wäre denkbar, daß bei männlichen Jugendlichen eine Alkoholintoxikation im Vordergrund steht und eine zusätzliche Tablettenintoxikation übersehen wird. Durch die Beschränkung unserer Erhebung auf Patienten einer internistischen Intensivstation werden Personen, die einen Selbstmordversuch mit sogenannten harten Methoden durchführen, nicht erfaßt. Nach den Erfahrungen des Krankenhauspersonals ist diese Zahl jedoch verschwindend gering. Befunde von NISSEN (1974) weisen nach, daß immer mehr männliche Jugendliche zu Tabletten als Mittel des Suizidversuchs greifen.
Fast die Hälfte der befragten Jugendlichen stammte aus strukturell unvollständigen Familien, die nach gängiger Definition als "broken home" zu bezeichnen wäre. Jedoch erschien uns auffällig, daß Jugendliche aus sogenannten intakten Familien die familiäre Situation, speziell die Ehe ihrer Eltern, als zerrüttet bezeichneten.
Auf die Gefahr der Überdeterminierung des Begriffes

"broken home" wurde hingewiesen - so kann nicht jede Konstellation, die als broken home bezeichnet wird, als gleichermaßen gravierend für den Jugendlichen angesehen werden. Es stellt sich die Aufgabe, stärker nach Ursachen des "broken home" und den damit möglicherweise verknüpften "Verarbeitungsmechanismen" des Jugendlichen zu differenzieren. Wenig gesichertes Wissen besteht zur Zeit noch über die Art dieser "Verarbeitungsmechanismen", es ist ebenfalls nicht geklärt, ob es eine kritische Phase gibt, in der der Verlust eines Elternteils den Jugendlichen besonders trifft. Wie schon ausgeführt, erscheint uns der Ansatz,das broken home (oder eingeschränkt der Verlust eines Elternteils oder einer wichtigen Bezugsperson) als mögliche Sensibilisierung für spätere Verluste zu sehen, sinnvoll.

Einigen der von uns befragten Jugendlichen wurden die später zum Suizidversuch verwendeten Medikamente vom Arzt, den die meisten kurz vor dem Suizidversuch mit unklaren Beschwerden aufsuchten, verschrieben. Mehrere Möglichkeiten sind zu diskutieren: im Vorfeld des Suizids könnte eine Somatisierung von Konflikten stattfinden, die als verstärkter Appell zu werten wäre, nachdem verbale Appelle versagten. Es wurde außerdem beschrieben, daß das Suizidgeschehen häufig von neurotischen oder psychosomatischen Störungen begleitet wird oder diese im Vorfeld zu finden sind.

Die Zunahme sowohl psychosomatischer Störungen als auch von Suizidversuchen legt die Hypothese nahe, beide Phänomene wären Ausdruck zunehmender Kommunikationsverarmung und gewännen instrumentellen Wert, da andere Ausdrucksmöglichkeiten versagten.

Zurücktreten individueller psychischer Probleme hinter massive von außen herangetragene Probleme kann bei Selbstmordversuchen jugendlicher Arbeitsloser und junger Türkinnen beobachtet werden.

Gerade die Arbeitslosigkeit Jugendlicher kann nie als einzige Bedingungsvariable für das Suizidgeschehen angesehen werden, jedoch kann sie wesentliche Veränderungen

bedingen, die das Suizidgeschehen begünstigen.
Ohne es erschöpfend darzustellen, bedingt die Arbeitslosigkeit eine Vielzahl von Beeinträchtigungen, die vom teilweisen Verlust des Sozialgefüges, des Sozialprestiges bis zur Rückkehr in elterliche Abhängigkeit reichen.
Als wichtiger Punkt erscheint, daß der sowieso benachteiligte Jugendliche, d.h. der Jugendliche, der in einer konfliktgeladenen familiären Situation lebt, oft Schwierigkeiten bei Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen hat und Leistungsinsuffizienzen aufweist, am ehesten ohne Arbeit ist und entsprechend die größte Schwierigkeit hat, erneut einen Arbeitsplatz zu finden. Die überraschend hohe Zahl junger Türkinnen, die einen Selbstmordversuch verübten, machte es notwendig, auf die spezifische Situation einer Minderheit, die in einen fremden Kulturkreis immigriert und bis zu einem gewissen Grad dessen Werte und Normen übernehmen muß, hinzuweisen (vgl. Exkurs).
In der Zusammenfassung erscheint es uns wichtig, noch einmal auf Gemeinsamkeiten der suizidalen Handlung der von uns befragten Jugendlichen hinzuweisen. Beinahe alle Fälle zeigten appellative Züge (d.h. der Jugendliche selbst hoffte, durch seinen Selbstmordversuch etwas zu bewirken oder zumindest zu signalisieren, daß er die übermächtige Konfliktsituation nicht mehr bewältigt. Weiterhin zeigt sich dies im Arrangement, das Rettung möglich oder wahrscheinlich machte und oft auf die Bezugsperson des Konfliktfeldes gerichtet war). Es wäre jedoch falsch, einen Suizidversuch als demonstrativ zu bezeichnen, da der Begriff des "demonstrativen Suizids" eine unzulässige Bagatellisierung enthält. Zunahme der evasiven Komponente kann vermutet werden, wenn die Umwelt mit Verständnislosigkeit reagiert. Häufig wird der Suizidversuch erst dann ernstgenommen, wenn die medizinischen Konsequenzen schwerwiegend sind. Wie jedoch Untersuchungen von BECK et al. (1975) nachweisen konnten, stellt die Letalität der verwendeten Methoden keinen hinreichenden Indikator für die Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht dar.

Die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen ist unumstritten, da aus der von uns thematisierten Ansicht (siehe 1.2.) Selbstmordverhütung vereinbar mit der Würde des Menschen scheint.
Nach dem heutigen Stand des Wissens dürfte es allerdings beinahe unmöglich sein, im nicht auffälligen Vorfeld Suizidgefährdete zu bestimmen. Die von einigen Autoren thematisierte Überlegung, wieweit solche Screening-Verfahren überhaupt nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip als effektiv zu bzeichnen wären, muß berücksichtigt werden.
Erfahrungen aus den USA, wo es inzwischen in über 200 Städten sogenannte Suicide Prevention Centers (oder Crisis Intervention Centers) gibt, zeigen, daß ein großer Teil von Suiziden und Suizidversuchen nicht verhindert werden kann, nämlich Suizide von denjenigen Personen, die ihre Konflikte nicht mehr mitteilen können und wollen und deshalb darauf verzichten, aktiv nach Hilfe zu suchen. Darüberhinaus ist die Forderung nach einer Primärprävention zwar wünschenswert, jedoch utopisch, solange die Sekundärprävention, d.h. die Nachsorge für Personen nach einem Suizidversuch, so unbefriedigend bleibt. "Als klinischer Psychiater sollte man derzeit ehrlich sein und eingestehen, daß schon viel erreicht wäre, wenn der Bereich der Sekundärprävention organisatorisch und methodisch in den Stand gesetzt wäre, diejenigen zu versorgen, die noch einmal davongekommen sind" (BÖHME, 1977).
Betrachtet man die Situation eines Jugendlichen, der nach einem Selbstmordversuch auf die Intensivstation eingeliefert wird, so zeigen sich schon recht konkrete Ansatzpunkte der Betreuung: die Nachbetreuung bei einem Suizidversuch hängt bis jetzt weitgehend von der Schwere der zugefügten Verletzung ab, d.h. Intensität der medizinischen Betreuung. Nicht selten werden Jugendliche, deren Intoxikation gering war, sehr schnell wieder entlassen, ohne daß ein ausführliches Gespräch, in dem die Situation des Jugendlichen geklärt wird, stattgefunden hat. Kriterien für die Entlassung sind neben der Schwere der Into-

xikation/Verletzung der Grad der noch vermuteten Suizidalität. Doch gerade bei der Erfassung der Suizidalität zeigen sich die - zum Teil schon thematisierten - Schwierigkeiten: so wird dem Suizidanten nicht selten ablehnend oder verständnislos begegnet, da er das Selbstverständnis der dort Tätigen verletzt und somit der eingeschätzte Grad der Suizidalität eher dem Grad der Bereitschaft, Verständnis entgegen zu bringen, entspricht. Andererseits bedingt die Struktur des Krankenhauses, sobald keine medizinische Indikation mehr vorliegt, auf Entlassung zu drängen. Dabei ist dann oft der kurze Klinikaufenthalt (meist wenige Tage) die einzige Spanne der Entlastung, die dem jugendlichen Selbstmordgefährdeten zur Verfügung steht.

Daraus ergibt sich die Forderung nach einem umfassenden Nachsorgekonzept, das zum einen Vorschläge für die akute Betreuung Suizidgefährdeter im Krankenhaus erarbeitet - gerade für das häufig bei Suizidversuchen überforderte Personal - zum anderen Einrichtungen für die Nachbetreuung, wo dem Selbstmordgefährdeten - mit therapeutischer Hilfe - die Möglichkeit gegeben wird, seine zum Selbstmord führenden Konflikte aufzuarbeiten und alternative Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Das Suizidgeschehen ist immer mit psychischen Problemen gekoppelt. Eine Gesellschaft, deren geringe Sensibilität für diese Probleme sich nicht zuletzt darin ausdrückt, daß die von ihr für die Erhaltung von Gesundheit und psychischem Wohlergehen beauftragten Mitglieder in wenigen Fällen genügend Kompetenz aufweisen, muß mit dieser hohen Selbstmordquote rechnen.

LITERATURVERZEICHNIS

AKERS,R.L.: Deviant Behavior: A Social Learning Approach (2nd Ed.). Belmont, 1977

ALBERT,H.: Traktat über kritische Vernunft. Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften. Studien in den Grenzgebieten der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Bd. 9. Tübingen, 1968

AMERY,J.: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart, 1976

ARBEIT,S., BLATT,S.J.: Differentiation of Simulated and Genuine Suicide Notes. In: Psych.Reports, 1973,33,S.283-297

BABOW,I., KRIDLE,R.: Problems and Encounters of a Suicidal Adolescent Girl. In: Adolescence: Vol. VII, 1972,28,S.459-478

BANCROFT,J.H.J., SHRIMSKIRE,A.M., SIMKIN,S.: The Reasons People Give for Taking Overdoses. Brit. J. of Psychiatry, 1976,Vol.128,S.538-548

BAUMGARTNER-KARABAK,A., LANDESBERGER,G.: Die verkauften Bräute. Hamburg, 1978

BEALL,L.: The Dynamics of Suicide: A review of the Literature 1897-1965. Bulletin of Suicidology, 1969,(Mar), S.2-16

BEAUVOIR,S.de: Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Hamburg, 1977 (Paris, 1949)

BECK,A.T., BECK,R., KOVACS,M.: Classification of Suicidal Behavior: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. American J. of Psychiatry, 1975,Vol.132,3,S.285-287

BECK,A.T., WEISSMANN,A., LESTER,D., TREXLER,L.: Classification of Suicidal Behaviors. Arch. Gen. Psychiatry, 1976,(Jul),33, S.835-837

BERTRAM,W.: Methodische Probleme der testpsychologischen Abschätzung des Selbstmordrisikos. In: Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis, Mitteilungen der DGS, 1976,No.6

BOCHNIK,H.J.: Zur statistischen Phänomenologie des Selbstmordes. Zentralblatt Neurologie, 1969,1, S.196

BOEHME,K.: Suizidentenbetreuung als poliklinische Aufgabe. Therapiewoche, 1977,27,S.3546-3548

BORRIS,M.: Ausländische Arbeiter in einer Großstadt. Frankfurt/M., 1973

BRON,B.: Suizidversuche bei jungen Menschen. In: Fortschritt. Neurol. Psychiat., 1976,44, Heft 8,S.435-446

BROWN,T.R., SHERAN,T.J.: Suicide Prediction: A review. Life-Threatening-Behavior, 1972,Vol.2,(No.2), S.67-98

CORDER,B.F., PARKER,V., CORDER,R.F.: Parental history, familiy communication and Interaction Patterns in Adolescent Suicide. Family Therapy, 1974, 1,No.3,S.285-290

DORPAT,T.L., BOSWELL,J.W.: An evaluation of suicidal intent in suicide attempts. Compr. Psychiat., 1963, 4,S.117-125

DOUGLAS,J.D.: The social meanings of suicide. Princeton, N.J., 1967

DURKHEIM,E.: Der Selbstmord (Le Suicide, dt). Neuwied, 1973

FAIRBANK,R.E.: Suicide: Possibilities of prevention by early recognition of danger signals. J.A.M.A., 1932,S.98

FARBER,M.L.: Theory of Suicide. New York, 1968

FARBEROW,N.L., SHNEIDMAN,E.S.: Attempted, threatened and completed suicide. J. of Abn. and Soc. Psych., 1955,50

FARBEROW,N.L., SHNEIDMAN,S. (Eds): The Cry for Help. New York, 1961

FEGER,H.: Konflikterleben und Konfliktverhalten. Psychologische Untersuchungen zu alltäglichen Entscheidungen. Bern, 1978

FEIDEL-MERZ,H., GROSSMANN,W.: Ghettos in unseren Schulen. GEW, 1974,137

FEUERLEIN,W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Der Nervenarzt, 1971,42,S.127-130

FRIEDRICH,V.: Selbstmord und Selbstmordversuch unter Göttinger Studenten. In: SPERLING,E., JAHNKE,J. (Hrsg): Zwischen Apathie und Protest. Bern, 1974

0018 E., N.

Die 17jährige Patientin lebt mit 2 jüngeren Geschwistern bei der Mutter, die seit 7 Jahren geschieden ist. Sie hatte eine Stelle als Hilfsarbeiterin, ist aber seit einigen Monaten arbeitslos und versorgt seitdem zu Hause die Geschwister und kümmert sich um den Haushalt. Seit 2 Monaten ist sie mit einem Türken verlobt, sie kennen sich allerdings schon seit 5 Jahren. Mit ihrem Verlobten hat sie starke Konflikte, weil er sich weigert, die deutschen Freunde, die sie seit der Schule kennt und mit denen sie sich gut versteht, zu besuchen. Er empfindet diese Besuche als unmoralisch, versteht nicht, was sie da will und droht mit Auflösung der Verlobung.

Suizidanamnese
Die Patientin nahm nachmittags 25 Kopfschmerztabletten, die sie vor kurzem in einer Apotheke gekauft habe und fügte sich multiple Schnittverletzungen am linken Handgelenk zu. Sie habe sich das alles nicht überlegt und wisse eigentlich gar nicht, warum sie es gemacht habe. Sie wurde dann am Abend von der Mutter gefunden, die die Krankenhauseinweisung veranlaßte.

Diskussion
Der Konflikt der Patientin mit ihrem Verlobten muß ebenfalls im Rahmen der divergierenden Vorstellungen zwischen der Bezugsgruppe der deutschen Freunde einerseits und den traditionellen Vorstellungen des Verlobten andererseits gesehen werden. Bei der Skizzierung der Problemkonstellation muß noch die Unvollständigkeit der Familie sowie die Arbeitslosigkeit der Patientin genannt werden.

0001 G., I.

Die 18jährige Patientin lebt zusammen mit 2 jüngeren Geschwistern bei der Mutter und dem Stiefvater, die Mutter ist seit 9 Jahren geschieden. Sie ist 1970 aus der Türkei nach Deutschland nachgekommen und hat hier die Volksschule besucht und abgeschlossen. Ihre Deutschkenntnisse sind sehr gut. Mit der Mutter versteht sie sich gut, mit dem Vater "relativ" gut. Sie arbeitet jetzt als ungelernte Arbeiterin in einer Fabrik. Das Betriebsklima sei gut, mit der Arbeit hingegen sei sie unzufrieden. Seit etwa 1 Jahr ist sie mit einem Türken verlobt, seitdem hätten die Beschränkungen seitens der Eltern nachgelassen, sie dürfe am Wochenende mit dem Verlobten ausgehen. Die Patientin macht im Gespräch einen sehr verschlossenen Eindruck, das Thema Verlobter wird von ihr weitgehend ausgeklammert.

Suizidanamnese
Die Patientin war am Abend auf der Verlobung des Bruders, gibt an, daß es lustig und nett gewesen sei. Nachdem sie zu Hause war, habe sie starke Kopfschmerzen bekommen, die sie überhaupt häufig habe, ebenso wie sie sehr viel nachgrübeln müsse und häufig Sorgen hätte. Daraufhin nahm sie 2 Schmerztabletten und 8 Kreislauftabletten, die die Mutter vom Arzt erhalten hatte. Suizidabsichten habe sie keine gehabt, sie wollte nur, daß die Kopfschmerzen weggehen sollten. Sie wußte, daß die Anzahl der Tabletten für einen Suizid nicht ausreichen würde. Sie nähme wegen der vielen Kopfschmerzen, der Sorgen und Zukunftsängste oft Tabletten, "um die Sorgen wegzumachen".

Diskussion
Nach den Aussagen der Patientin handelt es sich im vorliegenden Fall nicht um einen Suizidversuch. Die jedoch relativ hohe Dosis, sowie die geschilderten psychosomatischen Beschwerden, Sorgen und Ängste deuten auf ein Geschehen im Sinne der "parasuizidalen Pause" von FEUERLEIN hin. Das im Hintergrund stehende Konfliktgeschehen konnte nicht erhoben werden. Es deutet einiges darauf hin, daß die Patientin eher dissimuliert.

LESTER,D., BECK,A.T.: Suicidal Intent, Medical Lethality of the Suicide Attempt, and Components of Depression. In: J. of Clin. Psychol., 1975, (Jan),Vol. 31,S.11-12

LESTER,D., BECK,A.T.: Components of Suicidal Intent in Completed and Attempted Suicides. In: The J. of Psychol., 1976,92,S.35-38

LINEHAN,M.M.: Suicide and Attempted Suicide: Study of Perceived Sex Differences. In: Perceptual and Motor Skills, 1973,37,S.31-34

LUNGERSHAUSEN,E.: Suicide und Suicidversuche bei Schülern. Zeitschrift f. Präv.Med., 1966,11,S.414-433

MALINOWSKI,B.: Geschlecht und Verdrängung bei den Primitiven. Hamburg, 1962

MENK,A.K., MÖNCH-BUCAK,Y.: Türkische Schulen. In: Päd-Extra, 1977,(Feb.)

MENNINGER,K.: Die Selbstzerstörung. Frankfurt, 1974 (1938)

MIKAWA,J.K.: An Alternative to Current Analyses of Suicidal Behavior. In: Psychol. Reports, 1973,32,S.323-330

MUSSEN,P.H., CONGER,J.J., KAGAN,J.: Lehrbuch der Kinderpsychologie. Stuttgart, 1976

NEIDHARDT,F.: Die junge Generation. In: Struktur und Wandel der Gesellschaft. Reihe B, Bd. 6. Opladen, 1970

NISSEN,G., HARBAUER,H., LEMPP,R., STRUNK,P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart, 1974

OEZBEK,A.K.: Kindererziehung und Entwicklung einiger Persönlichkeitszüge in der traditionsgeleiteten türkischen Gesellschaft. In: Zeitschr. f. Psychotherapie und Psychol., 1974,24,S.185-189

OSGOOD,Ch.E., WALKER,E.G.: Motivation and language behavior. A Content analysis of suicidal notes. J. of Abn. and Soc. Psychol., 1959,59,S.58-67

PARNITZKE,C., REGEL,H.: Suicidale Handlungen im Kindes- und Jugendalter. Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie, 1972,24 (9),S.528-538

PIAGET,J.: Erkenntnistheorie der Wissenschaften vom Menschen. Die Wissenschaften vom Menschen und ihre Stellung im Wissenschaftssystem. Frankfurt/M., 1973

GAUPP,R.: Über den Selbstmord (1.Aufl.). München, 1905

GIBBS,J.P. (Ed): Suicide. New York, London, 1968

GREAVES,G.: Pseudosuicide as a Symbolic Act. In: Psych. Reports,1972,31,S.280

GREER,S.: Parental loss and attempted suicide: A further report. Brit.J.Psychiat., 1966, 112,S.465-470

HARTMANN,K.: Ein Beitrag zur Psychopathologie minderjähriger Suizidanten. In: Prax. Kinderpsych. und Kinderpsychiat., 1970,19,S.168-170

HENSELER,H.: Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzißmustheorie. Psyche, 1975 (März),Vol.29,3,S.191-207

HOELLER,K.: Phenomenological foundations for the study of suicide. Omega, 1973,Vol.4,No.3, S.195-208

JÖRNS,K.-P.: Nicht leben und nicht sterben können; Suizidgefährdung - Suche nach dem Leben. Wien, Freiburg, Basel, Göttingen, 1979

KARON,B.P.: Suicidal tendency as the wish to hurt someone else, and resulting treatment technique. J. of Indiv. Psychol., 1964, 20 (2),S.206-212

KESSELL,N.: Self-Poisoining: Part one. Brit. Medical Journ., 1965,2,S.1265-1270

KIEV,A.: Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters. Amer.J. of Psychiat., 1976, 133 (2), S.150-153

KOVACS,M., BECK,A.T., WEISSMAN,A.: The Communication of Suicidal Intent. Arch. Gen. Psychiat., 1976 (Feb),33,S.198-201

KREITMAN,N., SMITH,P., TAN,E.-S.: Attempted suicide as language: An empirical study. Brit. J. of Psychiat., 1970,116,S.465-473

LAUCKEN,U.: Naive Verhaltenstheorie. Ein Ansatz zur Analyse des Konzeptrepertoires, mit dem im alltäglichen Lebensvollzug das Verhalten der Mitmenschen erklärt und vorhergesagt wird. Stuttgart, 1974

LEMPP,R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Stuttgart, 1976 (2. Aufl.)

PLANCK,V.: Die ländliche Türkei. Frankfurt/M., 1972

POELDINGER,W., HOLE,G.: Die Selbstmordhandlung als Symptom. Praxis der Psychotherapie, 1971, Vol.16,4,S.185-194

POHLMEIER,H. (Hrsg.): Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Bonn, 1978a

POHLMEIER,H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München, Wien, Baltimore, 1978b

PRETZEL,P.W.: Philosophical and ethical considerations of suicide prevention. Bulletin of Suicidology, 1968 (Jul),S.30-38

RINGEL,E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte. Wien, 1961

RINGEL,E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung. Bern, 1969

ROBINS,E., GASSNER,E., KAYES,J., WILKINSON,R.H., MURPHY, G.E.: The Communication of suicidal Intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. In: American J. of Psychiat., 1959,115,S.724-733

RUDESTAM,K.E.: Stockholm and Los Angeles: A Cross-Cultural Study of the Communication of Suicidal Intent. In: J. of Consult. and Clin. Psychol. 1971,Vol.36,No.1,S.82-90

SCHORSCH,E., SCHMIDT,G. (Hrsg.): Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln, 1975

SCHRAML,W.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch für Psychologen, Ärzte, Heilpädagogen und Studierende. Bd. I/II. Bern, 1975

SCHWAB,Th.: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. Eine statistische Untersuchung an 157 Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg. Unveröff. Diss. Marburg, 1975

SHAPIRO,H.: Suizid, Euthanasie und die Bedeutung des Seins. In: ESER,A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart, 1976

SHNEIDMAN,E.S.: Psycho-Logic: a personality approach to patterns of thinking. In: KAGAN,J., LESSER, G.S.: Contemporary Issues in Thematic Apperceptive Methods. Springfield, 1961

SHNEIDMAN,E.S., FARBEROW,N.L., LITMAN,R.E.: The Psychology of Suicide. New York, 1970

SIEGEL,E., GRUND,H.: Über den Suizid bei Kindern und Jugendlichen. In: Psychiat. Neurol. medizin. Psychol., 1973,25,S.42-52

SIGUSCH,V., SCHMIDT,G.: Jugendsexualität. Stuttgart, 1973

SPAETE,H.F.: Über kommunikative Elemente suizidaler Handlungen. In: Psychiat. Neurol. medizin. Psychol., 1973,25 (11),S.647-655

DER SPIEGEL: 1978,43

STENGEL,E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt, 1969

STENGEL,E., COOK,N.G.: Attempted Suicide. London, 1958

STENGEL,E., FARBEROW,N.L.: Certification of Suicide around the World. In: FARBEROW,N.L. (Ed.): Proceedings of the Fourth International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles, 1968

STIRLING,P.: Turkish Village. New York, 1965

STORCK,J.: Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg, 1972

STUTTE,H.: Endogen phasische Psychosen des Kindesalters. In: Acta paedopsychiatrica, 1963, 30,S.34-42

THOMAE,H.: Der Mensch in der Entscheidung. München, 1960

THOMAE,H.: Konflikt, Entscheidung, Verantwortung. Ein Beitrag zur Psychologie der Entscheidung. Stuttgart, 1974

WAAGE,G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. In: Praxis Kinderpsychol. und Kinderpsychiat., 1966,15,1

WELLHOEFER,P.R.: Suizid und Suizidversuch: Theorien, Ergebnisse, Möglichkeiten der Prophylaxe. In: Psychol. Rundschau, 1974,Vol.25 (3), S.205-221

WELZ,R.: Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Weinheim, Basel, 1979

WERNER,W.: Selbstmord(versuch) und Psychose. In: Deutsche medizin. Wochenschrift, 1974, 99,S.583-584

WIENDIECK,G.: Zur appellativen Funktion des Suizidversuchs. Diss. Köln, 1972

ZILBOORG,G.: Suicide among civilized and primitive vaces. In: American J. of Psychiat., 1935,92, S.1347-1369

ZUMPE,L.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. Persönlichkeitsmerkmale und Entwicklungsverläufe anhand von 34 Katamnesen. In: Zeitschr. Psychotherapie med. Psychol., 1959,9,S.224

ZWINGMANN,Ch.(Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt, 1965

A N H A N G

- Tabellen
- Interviewleitfaden

Erläuterung zu Tabelle 1

Spalte 1: Alter

" 2: Geschlecht

" 3: Staatsangehörigkeit

" 4: Konfession

" 5: eigener Familienstand

" 6: Familienstruktur

a) Eltern zusammenlebend = 0
getrennt lebend = 1

b) Verlust eines Elternteils durch
Tod = 1
Scheidung = 2
Sonstiges (Heimaufenthalt etc.) = 3

c) Vp bei den Eltern/Elternteil lebend = 0
Vp alleine/Heim = 1
Vp bei Verwandten lebend = 2

" 7: Anzahl der Geschwister

Tabelle 1

Vp Nr.	Alter	Geschl.	Staats angeh.	Konf.	Fam. stand	Fam.struktur a	b	c	Geschw
01	18	w	Türk.	moh.	led	1	2	0	4
02	19	w	D	ev	led	0	-	2	4
03	16	w	D	ev	led	1	2	1	3
04	19	w	D	ev	led	0	-	0	3
05	19	m	D	ev	led	0	-	1	1
06	17	m	D	kath	led	0	-	0	3
07	17	w	D	ev	led	0	-	0	1
08	19	m	Jugos.	kath	led	0	-	1	2
09	16	m	D	kath	led	1	1,2	0	2
10	18	m	D	ev	led	0	-	0	4
11	16	w	D	kath	led	0	-	0	1
12	17	w	D	kath	led	0	-	0	3
13	17	m	D	kath	led	1	1,2	2	11
14	17	w	Türk.	moh.	led	0	-	0	3
15	19	w	D	kath	verh	1	1,3	2	2
16	18	w	D	ev	led	0	-	0	4
17	15	m	D	kath	led	0	-	0	1
18	17	w	Türk.	moh.	led	1	2	0	2
19	16	m	D	ev	led	1	1	2	6
20	18	w	D	ev	led	1	1	0	7
21	17	w	D	kath	led	1	2	0	7
22	20	m	D	ev	led	1	2	1	0
23	16	w	Türk.	moh.	led	1	3	0	2
24	19	w	D	ev	led	0	-	0	2
25	15	w	D	ev	led	0	-	0	1
26	17	w	D	kath	led	0	-	0	3
27	16	w	D	ev	led	0	-	0	3
28	16	m	D	ev	led	1	3	0	2
29	19	w	D	kath	led	0	-	0	2
30	17	m	D	kath	led	0	-	0	1

Erläuterung zu Tabelle 2

Spalte 8: Schulbildung
- Hauptschule = 1
- Realschule = 2
- Gymnasium = 3

" 9: Berufsausbildung
- ungelernt = 0
- z.Zt.in der Lehre = 1
- Lehre beendet = 2
- Lehre abgebrochen = 3
- Schüler = 4

" 10: Arbeitslosigkeit
- z.Zt. nicht arbeitslos = 1
- z.Zt. arbeitslos = 2
- früher arbeitslos = 3

" 11: Beruf der Eltern
a) Vater
b) Mutter
- z.Zt. arbeitslos = 0
- ungelernter Arbeiter = 1
- gelernter Arbeiter = 2
- unterer/mittl. Angest. = 3
- höherer Angestellter = 4
- unterer/mittl. Beamter = 5
- höherer Beamter = 6
- selbständig = 7
- Rentner = 8
- nicht berufstätig = 11

Erläuterung zu Tabelle 2

Spalte 12: chronische Erkrankung eines Elternteils

" 13: eigene Erkrankung/Sucht

Alkoholabusus	= 1
Halluzinogenmißbrauch	= 2
Tablettenabusus	= 3
psychovegetative Beschwerden (in ärztl. Behandlung)	= 4
psychiatrisch/neurolog. Erkrankung	= 5

Tabelle 2

Vp Nr.	Schul-bild.	Berufs-ausbild.	Arbeits-los.keit	Beruf d. Elt. Vater	Mutter	chron. Erkr.e. Elt.teil	eigene Erkr./ Sucht
01	1	0	1	1	1	-	4
02	1,abgebr	3	3	3	11	Vater,Kr.-heit unbek	4/5
03	1	3	2	3	11	-	-
04	1	3	3	2	11	-	-
05	1	3	3	7	11	-	-
06	1	1	1	5	1	-	-
07	1	1	1	7	3	-	-
08	1	2	1	2	1	-	1/2
09	1	1	1	3	1	-	4
10	1	3	2	2/0	11	Vater, Alkohol.	1
11	2	4	1	5	11	-	5
12	2	4	1	5	11	-	1
13	1	1	1	3	11	-	-
14	1	1	1	8	1	Vater, Alkohol.	-
15	1	3	2	keine Angaben		-	1/2
16	1	1	1	2	3	-	2
17	3	4	1	6	11	-	2
18	1,abgebr	0	1	2	1	-	-
19	1	3	2	2	11	-	-
20	1	2	1	2	1	-	-
21	1	0	1	1/0	1	Vater, Alkohol.	1
22	1	3	3	1	11	-	1/2/3
23	1	0	1	2	1	-	-
24	1	3	3	3	11	-	5
25	2	4	1	7	11	-	-
26	3	4	1	3	3	-	1/3
27	3	4	1	5	3	-	-
28	1	1	1	2	1	-	1/2
29	1	0	1	2	1	-	-
30	2	4	1	6	11	-	-

Erläuterung zu Tabelle 3

Spalte 14: Methoden des Suizids

- Schmerztabletten = 1
- Schlaftabletten = 2
- sonstige Medikamente = 3
- zusätzlich Alkohol = 4
- zusätzlich Pulsadern aufgeschnitten = 5

" 15: Zeitpunkt des Suizidversuchs

- vormittags = 1
- nachmittags = 2
- abends = 3
- nachts = 4

" 16: Schwere der zugefügten Verletzung/Intoxikation (nach Angabe der behand. Ärzte)

- leicht = 1
- mittel = 2
- schwer = 3

" 17: Ankündigung des Suizidversuchs

- keine = 1
- indirekte = 2
- deutliche = 3

" 18: Frühere eigene Suizidversuche

- keine = 1
- einen = 2
- mehrere = 3
- keine Angaben = 0

Erläuterung zu Tabelle 3

Spalte 19: Umgebung z.Zt. des Selbstmordversuchs

zu Hause	= 1
im Freien	= 2
in Gaststätten etc.	= 3
keine Angaben	= 4

" 20: Planung (nach Angaben der Jugendlichen)

"spontanter Entschluß"	= 1
"seit enigen Tagen (bis 2 Wochen)"	= 2
"Wochen bis Monate geplant"	= 3
keine Angaben	= 4

" 21: Möglichkeit zur Rettung

Rettung sicher	= 1
wahrscheinlich	= 2
unwahrscheinlich	= 3
selbst nach Rettung gesucht	= 4

" 22: Beabsichtigte Weiterbehandlung

Entlassung nach Hause	= 1
ambulante psychiatrische Weiterbehandlung	= 2
stationäre psychiatrische Behandlung	= 3
sonstige Maßnahmen	= 4

Tabelle 3

Vp Nr	Meth.	Zeit pkt	Schwere d.Verl.	An- künd.	früh. Vers.	Um- geb.	Plan.	Rett. mögl.	Weit. beh.
01	1/3	4	1	1	1	1	1	1	1
02	2	4	2	3	2	1	1	2	3
03	3	4	1	2	2	1	1	1	4
04	2	1	1	1	1	1	2	1	2
05	2	1	2	2	1	1	1	4	4
06	1/2	3	1	3	1	1	1	4	1
07	1/4	1	1	3	1	2	2	4	1
08	1/2/4	4	3	2	1	2	3	3	2
09	1/2	4	1	3	0	1	3	3	3
10	2/3/4	4	1	1	1	1	1	4	2
11	1/2	2	1	2	3	1	4	2	3
12	1/2/4	2	2	3	1	3	2	2	3
13	1/2/3/4	3	2	3	2	1	2	2	4
14	3	2	1	3	1	1	1	1	3
15	2	4	2	1	0	1	1	2	4
16	3/4/5	1	1	1	0	2	2	3	2
17	2	3	1	1	1	1	1	2	1
18	1/5	3	1	1	1	1	1	2	1
19	2	1	1	1	1	1	3	2	4
20	3	3	1	1	1	1	1	2	2
21	3/4	4	1	1	2	3	1	1	2
22	2/4	3	2	3	1	1	3	2	2
23	2	3	1	3	1	1	1	2	1
24	2/5	3	2	1	1	1	1	2	2
25	2	3	1	1	1	1	2	2	1
26	2/3	2	2	1	1	1	1	2	2
27	2	2	1	1	1	1	3	2	3
28	2/3/4	3	3	3	1	1	3	3	3
29	1/2	3	1	2	1	0	1	1	1
30	2/3	3	1	2	0	1	1	2	1

INTERVIEWLEITFADEN

Datum:

Interviewer:

Name: Vp Nr.:

Geb.Datum:

Geschlecht: m
w

Konfession:

Staatsangeh.:

Familienstand: led.
verh. seit:
gesch. seit:
verw. seit:

Anzahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Geburt der Kinder: ehelich
unehelich

Beruf / Ausbildung: abgeschlossen: ja nein
Volksschule
Realschule
Gymnasium
Berufsschule
Lehre

Arbeitslosigkeit: seit

Vp Nr.:

Familienstand der Eltern: led.
verh.
gesch. seit:
verw. seit:

Tod des Vaters
Tod der Mutter

Wiederheirat eines Elternteils

Chronische Leiden / schwere Behinderung der Eltern:

Beruf des Vaters: ausgeübt: ja nein

Beruf der Mutter: ausgeübt: ja nein

Anzahl der Geschwister:

Alter der Geschwister:

lebt Familie zusammen: ja nein
seit wann
nähere Umstände

Wohnungswechsel: ja nein
wie oft
warum
wann

Größe der Wohnung:

Restriktionen:

eigenes Zimmer:

Vp Nr:

Suizidanamnese:

Aufnahmedatum: Uhrzeit:

Aufnahmediagnose:

bei Intoxikation:
Schlaftabletten
Schmerztabletten
Beruhigungstabletten
sonstige
Alkohol
Komb.
Menge

Im Krankenblatt erhobene Suizidanamnese:

Wie wurden die zum SMV verwendeten Medikamente besorgt:

Verordnung durch Arzt
für wen
zu welchem Zweck
rezeptfreie Medikamente

Durch wen und wie erfolgte Aufnahme ins Krankenhaus

Ort des Suizidversuchs:

zu Hause
bei Freunden
im Freien (Parks etc.)
vor Gaststätten etc.

Umgebung zur Zeit des Suizidversuchs:

Vp Nr:

Vorkrankheiten:

frühere Krankenhausaufenthalte:
wann
wie lange
Grund

Frühere Suizidversuche: ja nein

Grund
wann
Nachbehandlung: ja nein
wie

Suizidversuche in der Familie: ja nein
wer

Vorangegangene Suizidversuche im Bekanntenkreis:

Suizidphantasien:

Planung des Suizids:

Stimmung unmittelbar vor Suizid:

Ankündigung des Suizid:

Reaktion auf mißglückten Suizid: der Vp
der Eltern/Bekannten

Medizin. Vorkenntnisse:

Alkoholkonsum:

Drogen:

Vp Nr:

Schule:

Schulleistungen: zur Zeit
früher

Leistungsabfall: wann
Anlaß

Lieblingsfächer / bes. Interessen:

Verhalten im Unterricht (Mitarbeit, Redeängste etc.):

Reaktion auf ungerechte Behandlung:

Bewertung der Schulsituation:

Integration in die Klasse (Innehalten best. Positionen etc.):

Reaktion der Eltern auf schulische Leistung:
Förderung durch die Eltern
Förderung durch andere

Eigener Leistungsanspruch:
im Vergleich zu den Eltern

Verhalten in lösbar beurteilten Situationen:
(Krit. für Lösbarkeit)

Verhalten in unlösbaren Situationen:
(Krit. für Unlösbarkeit)

Vp Nr:

Lehre:

Berufsentscheidung: durch wen veranlaßt
Beweggründe

Berufswissen:

Tägliche Arbeitszeit:

Verdienst:

Wieweit darf über Verdienst verfügt werden:

Aufstiegsmöglichkeiten:

Berufliche Vorstellungen:

Arbeitsklima: Verhältnis zu Kollegen
Möglichkeit zu eigenständiger Arbeit

Zufriedenheit mit dem Beruf:

Vp Nr:

Freizeit:

durchschnittliche Freizeit

zusätzliche Pflichten außerhalb Schule/Lehre

erlaubte/verbotene Tätigkeiten

Taschengeld:

Verdienst:

Wo wird Freizeit überwiegend verbracht:

Fernsehen (was, wie lange)

Bücher (welche, weshalb)

Sport

Mitglied im Verein

wodurch werden die angegebenen Interessen beeinflußt

Einfluß der Eltern

Förderung der Interessen

Vp Nr:

Familie:

Erziehung: wer hat die Hauptfunktion

Erziehungsstil: Verbote (einsichtig/uneinsichtig)

Konsistenz

Belohnung (wann, wie, wer, welche Bedeutung für den Pb)

Bestrafung

Wer trifft Entscheidungen in der Familie (bei innerfamiliären Angelegenheiten / bei sonstigen Angeleg.):

Charakterisierung des Vaters / der Mutter:

Mit wem identifiziert sich Pb stärker:

Vorbilder innerhalb der Familie / außerhalb der Familie:

Beziehung zu Geschwistern:

Reaktion der Eltern bei Konflikten,
die Pb verursacht hat
die sie selbst verursacht haben

Gemeinsame Aktivitäten mit den Eltern (Freizeit, Urlaub):

Wann, wie oft werden Zärtlichkeiten gezeigt
(zwischen Eltern, zwischen Eltern/Kind):

Vp Nr:

Bezugsgruppe:

Art der Beziehung (feste, lose Gruppe):

Struktur der Gruppe (Hierarchie etc.)

Einschätzung der eigenen Rolle innerhalb der Gruppe

Einschätzung der Gruppenmitglieder:

nach Grad der Attraktivität

nach Vertrauen

Enttäuschungen (Reaktion darauf etc.):

Reaktion der Eltern auf Freunde (Ablehnung/Zustimmung):

Zweierbeziehung:

fester Kontakt, Dauer der Beziehung

Partnerwechsel

sexueller Kontakt (1. Kontakt, Häufigkeit)

"Zukunftspläne" mit dem Partner

Reaktion der Eltern

homosexuelle Problematik

Lebenslauf

Eberhard Gild

27.4.1951	geboren in Kassel als Sohn des praktischen Arztes Dr. Helmut Gild und seiner Ehefrau Lucie Gild, geb. Biering
1956-1960	Besuch der Hauptschule in Ahnatal/b. Kassel
1960-1969	Friedrichsgymnasium Kassel mit abschließender Reifeprüfung am 6.6.1969
bis 1970	Praktikum und Tätigkeit als Hilfspfleger am Stadtkrankenhaus Kassel
1970-1971	Ableistung des Wehrdienstes als Sanitäter
1971	Aufnahme des Psychologiestudiums an der Universität Tübingen
1973	Beginn des Medizinstudiums in Tübingen
1973-1980	Medizin- und Psychologiestudium in Tübingen
17.4.1980	Medizinisches Staatsexamen

DRUCK: *Günter Rieger* · OFFSET-SCHNELLDRUCK
Hutschdorf 14 8656 THURNAU Ruf: 09228/1299